



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Directeur : Professeur F. Paccaud

EVALUATION DES CAMPAGNES DE PREVENTION
CONTRE LE SIDA EN SUISSE

"LES MIGRANTS"

RAPPORT FINAL 1988

François Fleury

Cah Rech Dòc IUMSP no 39.5

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

Adresse pour commande : *Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne*

Citation suggérée : Fleury F. - Evaluation des campagnes de prévention contre
le SIDA en Suisse : Les Migrants. Rapport final 1988.
- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et
préventive, 1989, 85 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, Nr 39.5).
Prix : CHF 22.-.

TABLE DES MATIERES

EN GUISE D'INTRODUCTION	7
1. METHODOLOGIE	8
1.1 Interviews	8
1.2 Thèmes	8
1.3 Séquences	9
1.4 Population	9
<u>2. COMMUNAUTE TURQUE</u>	11
2.1 Groupes représentatifs :	11
2.2 Modalité	13
2.3 Présentation des données	13
3. PHENOMENES CULTURELS	14
3.1 La sexualité pré-maritale	14
3.2 La famille	15
3.3 La prostitution	16
3.4 Maladies	17
3.5 Prévention culturelle	17
4. REPRESENTATION DU SIDA	19
5. COMPORTEMENTS	21
5.1 Groupes représentatifs	21
5.2 Mode de vie et pratiques génitales	21
5.3 Préservatif	22
5.4 Analyse de comportements	23
6. LA TEMPORALITE DE L'IMMIGRATION	27
6.1 Temps d'arrivée	28
6.2 Diachronicité et connaissance	28
6.3 Mythe d'origine	29
6.4 Résumé des observations	30

6.5	Analyse du changement	32
6.6	Conclusion	33
7.	CAMPAGNE DE PREVENTION DE L'OFSP	34
7.1	Affiche	34
7.2	Slogan	34
7.3	Image du préservatif	35
7.4	Média	35
8.	SCHEMA D'INFLUENCES	36
9.	<u>COMMUNAUTE AFRICAINE</u>	40
9.1	Modalité	40
9.2	Population	40
9.3	Présentation des données	42
9.4	Modèle d'analyse	42
9.5	Première lecture	45
9.6	Résumé des observations	46
10.	REPRESENTATIONS DU SIDA	47
11.	COMPORTEMENTS	51
12.	CONNAISSANCE DU PHENOMENE SIDA	55
12.1	Connaissance médiatique	55
12.2	Différences et minorités	56
12.3	Prévention	56
13.	CAMPAGNE DE PREVENTION DE L'O.F.S.P.	58
13.1	Slogan	58
14.	DEROULEMENT DES TRAVAUX	60
14.1	Lecture syntaxique de l'expression orale	60
15.	<u>RECOMMANDATIONS</u>	62
15.1	Pluriculturalisme	63
15.2	Message et culture	63
15.3	Emetteurs	63
16.	PERSPECTIVE	65
17.	BIBLIOGRAPHIE	67

ANNEXE 1.	68
Modèle et grille de lecture du questionnaire pour l'étude : SIDA/Migration/Prévention	68
ANNEXE 2. TEXTES AFRICAINS	71
ANNEXE 3. PRESSE	73

La science et la culture se croisent dans toute lecture du phénomène sexuel et s'influencent sur le mode d'une interaction circulaire continue (Pasini 1987).

Cette étude a pour but d'évaluer auprès des groupes migrants en Suisse, les effets de la campagne de prévention contre la SIDA.

Elle s'intéresse plus particulièrement aux représentations de cette maladie, aux comportements sexuels et à leurs éventuels modifications, en cherchant à analyser les différents modèles d'influences.

EN GUISE D'INTRODUCTION

Lorsque nous avons décidé de travailler sur " SIDA et MIGRATION ", et après avoir fait plusieurs sondages sur le terrain, il nous est apparu comme nécessaire de mieux comprendre d'une part, les différents états de connaissance, d'attitude et de comportement des populations d'immigrés en Suisse par rapport au phénomène du SIDA et à sa prévention, et d'autre part, d'évaluer si ces états peuvent être mis en relation aux cultures d'origine ainsi qu'à des phénomènes de migration.

Nous avons choisi pour cette étude deux communautés qui pour nous, sont représentatives de deux extrêmes et qui témoignent de modèles d'influence différents quant aux connaissances de cette maladie.

La communauté turque, lorsque nous avons commence notre étude, en général, n'avait pas ou peu de connaissances sur le SIDA. Des modifications importantes sur cet état de fait ont pu être suivies durant l'année 88, soit par des influences reçues dans le pays d'accueil, soit par celles venues du pays d'origine par des moyens interposés comme les médias ou les nouveaux arrivants (pairs).

La communauté africaine à l'autre bout du système des influences, se doit de gérer beaucoup informations et de connaissances sur le SIDA mélangées avec un vécu direct de la maladie qu'aucune des autres communautés de migrants ne possède à ce jour.

C'est pour ces raisons qu'elles nous semblent dignes d'intérêt et que nous les avons choisies pour cette étude.

1. METHODOLOGIE

Le migrant par définition se trouve dans une situation de rupture et de manque par rapport à sa famille et son milieu culturel, en l'occurrence, son pays d'origine donc dans une situation provisoire par rapport au pays d'accueil (Fleury F. 1988).

Vu cette précarité existentielle, nous avons cherché avec lui à évaluer sa réalité en Suisse du point de vue de ses pratiques génitales, de ses comportements et de leurs modifications survenues à la suite de la connaissance du phénomène SIDA, en étant particulièrement attentifs aux phénomènes d'acculturation.

1.1 Interviews

Nos interviews sont organisés sur un modèle d'entretiens individuels ou en groupe, selon un système non directif.

L'approche est de type qualitatif faite au moyen d'une grille à thèmes, où les questions, conçues comme "points d'ancrage" peuvent être formulées de différentes manières et posées dans un ordre indifférencié (voir en annexe).

Nous avons choisi cette méthode de travail après plusieurs tentatives faites auprès de notre groupe pilote. L'informateur, qui a la charge de traduire nos questions, se trouvait souvent dans l'impossibilité de le faire en simultané pour les réponses. Nous avons donc opté pour qu'il puisse intervenir lui-même, afin que le climat de confiance ne soit pas tout le temps modifié.

1.2 Thèmes

Les questions abordées ont été divisées en trois grands thèmes synchroniques (De Saussure F. 1972) :

Sexualité / Maladies sexuellement transmissibles / Prévention

Lesquels sont divisés en trois modes selon un axe de simultanéité (De Saussure F. 1972) :

1. en mode de réalité,
2. en mode de représentation,

3. en mode d'influence.

Nous sommes partis du principe que le discours qui décrit la réalité sexuelle de chacun, qu'elle soit vécue ou non, engendre toute une série de probabilités que nous avons essayé d'évaluer.

Sexualité

Par sexualité nous entendons la connaissance du phénomène génital dans son cadre le plus large (Pasini W.1987).

Maladies sexuellement transmissibles

Par maladies sexuellement transmissibles, nous avons cherché à évaluer le concept de la maladie, du mal, du malheur etc., par rapport à la génitalité, en tenant compte du modèle *illness, disease, sickness* de A. Kleinman.(1978)

Prévention

Dans le thème de prévention, nous avons tenté de nous approcher du phénomène de l'interdit par rapport à la génitalité et des mécanismes qui permettent de contrôler ou de contourner l'interdit, particulièrement en ce qui concerne la peur et le danger.

1.3 Séquences

Chaque thème est à son tour divisé en cinq séquences diachroniques, selon un axe de successivité (De Saussure F. 1972) :

- a) éducation reçue, donnée
- b) masturbation
- c) rapports sexuels
- d) partenaires
- e) mariage(s).

Les cinq séquences utilisées sont les guides et "points d'ancrage" par rapport à la temporalité du vécu. Elles permettent de construire nos questions; partant des premiers apprentissages (l'éducation reçue), pour aller vers une génitalité socialement contrôlée (le mariage).

Nous avons utilisé la période de migration comme axe du temps, pour pouvoir passer **d'un avant à un après**, avec comme but : l'introduction du phénomène SIDA.

1.4 Population

Au départ de notre étude, nous espérions pouvoir accéder à plusieurs populations migrantes. Durant l'exercice de l'année, il nous est apparu que l'approche des diverses communautés nous demandait de trouver des informateurs bilingues qui puissent nous introduire au sein de ces différents groupes.

Nous avons donc choisi de nous restreindre à deux groupes avec lesquels nous avons des contacts par des informateurs précis.

Quelles ont été les différentes résistances d'accès :

- a) L'approche d'un groupe de travailleurs migrants ne peut pas se faire si l'informateur n'est pas du même milieu, vu l'intimité de nos questions, surtout s'il y a transit par une langue étrangère.
- b) Si nous avions un informateur, il se sentait parfois gêné d'intervenir ou de prendre contact avec d'autres personnes que ses quelques amis intimes.
- c) Si l'informateur était une personne travaillant avec la communauté recherchée (travailleur social, psychologue de même culture ou pas), nous avons souvent des difficultés dues à leur position sociale ou à leurs propres résistances.

Les personnes contactées ont été les suivantes :

62 Turcs

12 Africains

5 Portugais

4 Maghrébins

4 Tamouls

3 Vietnamiens

2 Yougoslaves.

Notre travail de recherche s'est donc effectué auprès des communautés turques et africaines, pour des raisons de nombre.

2. COMMUNAUTE TURQUE

Nous avons choisi cette communauté parce qu'elle nous semblait être entre deux formes de migration; celle de type économique et celle de type politique. Actuellement, la Turquie, par sa volonté de rentrer dans le Marché Commun, ouvre une dimension nouvelle à l'Europe autant du point de vue culturel (le premier pays musulman) que du point de vue géographique (la porte de l'Orient).

A ce propos, rappelons que la communauté turque en Suisse se chiffre à la fin 88 à 56'804 personnes et se trouve à la 6ème place des personnes immigrées avec 5,6 % contre 5,7 % pour les portugais (statistiques officielles).

Pour la culture islamique, nous avons entendu en fin 88 avancer le chiffre de 100'000 personnes sur l'ensemble de la Suisse.

Nous savons qu'en Allemagne, cette communauté atteint les 3 millions.

2.1 Groupes représentatifs :

Pour notre étude, nous avons réussi à contacter 62 personnes, qui sont divisées en 3 groupes :

- a) 28 personnes forment le groupe pilote
- b) 30 personnes, le groupe d'étude
- c) 4 personnes ne sont pas venues à l'interview.

Groupe a :

Le **Groupe Pilote** vient d'une région du centre de l'Anatolie, il est d'origine turque et de religion musulmane hanefi.

Géographie du G.P. :

L'ensemble des ces personnes appartient à un réseau de villages d'une distance maximum de 30 km. d'un épiscetre qui est une petite ville d'environ 50.000 habitants. Pour des raisons de travail, un grand nombre de ces villageois sont venus y habiter après leur mariage.

Groupe b :

Le **Groupe d'Etude** est d'origine kurde ou turque et de religion musulmane soit anefi soit alevi.

Géographie du G.E. :

Ces personnes viennent toutes de la Turquie, mais d'une manière non homogène et sont pour les trois quart reliées au groupe pilote par une relation d'amitié, de travail ou de cohabitation dans le pays d'accueil.

Réseau de l'ensemble des groupes en Suisse :

Ces personnes sont dispersées dans toutes les grandes villes de Suisse. Des 58 interviewées, 16 habitent à Genève, 18 à Fribourg, 14 à Bâle et 10 à Lausanne.

Sur l'ensemble des groupes nous avons pu relever des liens entre eux, soit familiaux, soit de connaissances proches. Les liens inter-familiaux connus sont :

- 3 frères
- 3 beaux-frères,
- 2 cousins germains,
- 1 oncle maternel
- 2 cousins éloignés
- parents par alliance.

Âges :

- 15 - 19 ans : 8 personnes
- 20 - 29 ans : 28 personnes
- 30 - 39 ans : 8 personnes
- 40 - + ans : 4 personnes

- 10 personnes ne sont pas intervenues, ou d'une manière non significative, soit par timidité, soit par une attitude de réserve vis-à-vis de leurs aînés :

- 15 - 19 ans : 6 personnes
- 20 - 29 ans : 3 personnes
- 40 - + ans : 1 personne

Etat civil :

- 5 célibataires
- 28 mariés à l'âge de 16-18 ans env.
- 9 mariés à l'âge de 20 ans env.
- 6 mariés à l'âge de plus de 25 ans
- Tous les hommes mariés ont entre 1 et 5 enfants; la majorité en a 3.
- Leurs femmes et enfants sont restés au pays.

Permis d'établissement :

Ils sont tous venus en Suisse par le canal politique, tous sont demandeurs d'asile et ont un permis de séjour délivré comme tel.

Statut social :

La plupart sont d'origine terrienne. En Turquie, ils ont pratiqué différentes professions allant de tâches temporaires à des métiers fixes. En Suisse, ils rentrent en général dans la catégorie des travailleurs non-spécialisés (manoeuvres, aides, etc.).

2.2 Modalité

Nous avons interviewé ces personnes soit individuellement, soit en groupe. L'ensemble des réponses a été enregistré et ensuite traduit du turc en français, par notre informateur.

Une première lecture des données a été faite pour l'évaluation de synthèse de l'IUMSP en juin 88.

Ces travaux ont été relus par une spécialiste des réfugiés turcs.

Après cette lecture, un changement d'orientation dans les questions nous a paru judicieux. Il nous a semblé que la date d'arrivée de ces personnes en Suisse nous laissait entrevoir des variabilités dans l'apprentissage et les connaissances du phénomène SIDA. Nous avons essayé d'en tenir compte et d'en analyser les éléments à la fin des premiers résultats (voir 6.).

2.3 Présentation des données

Les textes qui suivent sont des interprétations qui ont été faites à partir de la retranscription des interviews et des discussions que nous avons eues avec notre informateur.

Les similarités que nous avons pu découvrir sur l'ensemble de ces personnes, nous ont permis d'en faire des données, elles ont été sélectionnées à partir d'une grille de lecture d'enquête (voir celle des africains en annexe). Celle-ci a été construite à partir des thèmes de l'enquête et des premiers résultats obtenus auprès du groupe pilote.

Les textes retranscrits en italique sont les paroles traduites des migrants. Nous les avons utilisés quand ils nous sont apparus significatifs et représentatifs pour notre analyse.

Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de personnes qui ont répondu aux différents critères que nous avons essayer de mettre en évidence.

3. PHENOMENES CULTURELS

Par phénomènes culturels, nous entendons les pratiques et coutumes du pays d'origine.

En cherchant à reparcourir la vie sexuelle des migrants turcs, nous avons pu mettre à découvert, jusqu'à la limite de ce qui nous a été donné, quelle avait été leur réalité sexuelle en Turquie et surtout dans des zones non-urbaines.

Nous pouvons penser, en suivant Foucault (1976), que la sexualité dans certaines cultures n'est pas organisée de telle manière que la loi et les gestions du pouvoir de la santé se l'approprient entièrement comme en Occident.

Nous estimons, avec lui, que nous nous trouvons devant une sexualité avec des phénomènes périphériques.

Dans cette communauté à traditions orales, les connaissances scientifiques n'ont pas encore entièrement répertorié et institutionnalisé les pratiques sexuelles, comme il semblerait que ça s'est passé en Occident au 19^e siècle, même si dans les grandes villes comme Ankara et Istamboul, tout semble suivre les modèles occidentaux.

Nous retiendrons dans ce travail, quelques phénomènes culturels qui peuvent nous aider dans notre recherche concernant la prévention contre le SIDA.

3.1 La sexualité pré-maritale

Lorsque nous avons interrogé ces personnes sur l'émergence de leur sexualité, il nous a été donné d'une manière générale, que *ce que l'on apprend sur le sexe s'apprend toujours en dehors de la famille, pas même avec ses frères*. Les informateurs ont toujours été des pairs, des amis d'école, etc.

Quand nous leur avons demandé l'âge auquel la connaissance du phénomène sexuel se faisait, deux dates sont revenues systématiquement :

Vers 7-8 ans (pour 23) par le biais de la religion; *l'Imam nous en a parlé lorsqu'il nous expliquait les mesures d'hygiène dans l'islam* (voir prévention).

Vers 16-17 ans (pour 25), âge auquel leurs fiançailles puis leurs mariages ont été prononcés.

Nous pouvons constater que la connaissance, dans cette situation, est liée exclusivement à ce qui se dit d'une manière officielle, soit par des institutions telles que la Religion ou l'Etat laïque.

Nous avons rencontré d'importantes résistances dans l'obtention d'informations sur ce qui se dit, d'une façon orale et sur ce qui se fait, hors de l'institution sociale.

Cette absence de paroles nous fait croire que si les résistances sont aussi fortes et opérantes, c'est qu'elles doivent être encore en fonction actuellement.

Une autre raison qui nous permet de penser cela, c'est qu'à la demande de ce qu'ils diront à leurs enfants sur la sexualité, tous sauf 2 personnes nous ont dit : *"qu'ils ne parlent pas ou ne parleront pas de ces problèmes et qu'ils l'apprendront dehors avec les autres."*

La seule constance (pour 42) qui s'est progressivement dégagée, est leur vécu par rapport à la masturbation *"ce qui était difficile c'était de la faire discrètement, pour que personne ne s'en aperçoive"*, réalité que l'on retrouve pour la plupart, en ce moment dans leur migration (voir 5.2.), comme la seule sexualité possible.

Autres histoires de pré-adolescences, vers 13-14 ans 2 personnes nous ont signalé des rapports sexuels avec des animaux : *"c'était avec une chienne et des chevaux"*, le choix du type animalier est défini par le fait *"qu'on peut aller seulement avec des animaux que l'on ne mange pas, parce que leur viande est interdite (haram)"*.

Nous constatons dans ce qui vient d'être dit, un mélange de modèles d'interdit religieux, à la fois celui sur la sexualité avec son interdiction des rapports sexuels avant le mariage et celui qui concerne la nourriture avec ses viandes licites et illicites.

Les animaux que l'on ne peut pas manger sont ceux qui aident l'homme et ceux qui sont considérés comme trop proches de lui, avec bien entendu le cochon qui mange les déjections de l'homme et qui dans le langage populaire désigne, comme en français, la saleté, l'impureté.

3.2 La famille

Tout d'abord, presque toutes ces personnes se sont mariées très jeunes (entre 16 et 19 ans) Le respect dont ils font preuve dans le langage envers leur femme (souvent comme génitrice) est tel, que le plaisir sexuel doit demeurer dans un code où *l'honneur est en jeu* donc souvent entouré d'un silence par rapport à l'acte sexuel.

A des questions plus précises par exemple sur la fellation, les réponses en général sont négatives dans la vie de couple (mais permises avec les prostituées), les raisons sont données au travers de modèles d'impureté, la bouche étant un endroit noble et propre comme le sont les aliments, alors que les parties génitales sont toujours associées aux choses impures.

Dans les rapports anaux, la réponse qui nous a été donnée nous montre bien les relations que ces hommes peuvent avoir avec leur femme. *Si je la prends par derrière, et que le lendemain nous sommes fâchés, elle pourra aller dire à ses amies que je l'ai prise comme un garçon, donc je ne le fais pas.*

Les secrets d'alcôve nous laissent apparaître un sentiment de crainte par rapport à la femme, comme si en ce lieu là, les relations de pouvoir ne sont pas aussi bien définies que dans les lieux sociaux.

Ce paradoxe se retrouve aussi dans : *je peux la prendre quand j'en ai envie* et dans son opposé : *elle peut se refuser, si elle estime que je n'ai pas accompli mon devoir (nutritionnel)*.

Donc souvent, les jeux "lubriques", les différentes "sexualités périphériques", ne peuvent être conjugués dans le lieu commun, d'où une forte tendance à les porter à l'extérieur du cercle des familiers.

Nous avons remarqué quant au discours sexuel, une interdiction, assez stricte à l'intérieur de la maison, tout au moins entre les sexes (mari et femme, frère et sœur). Sauf une fois par rapport à la masturbation où la mère a eu un certain droit à la parole : *"tu baisses avec ta main et puis tu manges avec elle ?"*

Les femmes entre elles paraissent plus permissives au niveau du langage et aussi moins hiérarchisées : *"elles se voient entre elles quand elles vont chercher de l'eau et l'on sait qu'elles parlent de ça"*.

Les hommes se servent de l'extérieur (*les amis, les personnes du même âge*) pour parler et semblent très attentifs aux hiérarchies (du plus grand au plus petit) d'où peut-être, par analogie, la migration et la vie en groupe de même âge que nous retrouvons ici et qui semble être privilégiée dans la première période de migration.*

Cela nous fait penser par métaphore, au thème des fratries de la horde primitive de Freud (1913), où les jeunes mâles se retirent du clan du père qui, lui, conserve la loi et l'ensemble de l'espèce féminine.

Ce premier arrivage, qui est valable pour toutes les communautés d'immigrés, lui-même se conforme aux exigences du système d'immigration du pays d'accueil (permis A). Influences de l'un à l'autre, ceci mériterait une étude de type historique.

3.3 La prostitution

En Turquie, l'institution de la prostitution est très importante et mérite de ce fait quelques remarques approfondies.

Presque chaque ville de plus de 10'000 habitants a une maison close organisée et gérée par l'Etat. La prostitution privée est en principe interdite et assez sévèrement contrôlée, d'où les *"auto-stoppeuses"* (professionnelles libres) que l'on rencontre parfois dans le discours des migrants.

L'institution sociale de la "visite" semble être liée souvent à des relations de groupe chez les hommes, où *l'on va au bordel ensemble après avoir passé une soirée à jouer, discuter etc.*

L'expérience individuelle, elle, est plus liée au phénomène du voyage, où la maison close est assimilée à un lieu de reconnaissance (lieu familial?).

Donc, les visites chez les prostituées n'ont rien à voir avec un phénomène caché; au contraire, *on en parle beaucoup*, et il semblerait que *les femmes sont au courant*. (Malheureusement nous n'avons pas eu accès à leurs réactions propres, puisqu'elles ne sont pas présentes).

Cette institution du plaisir (nous ne connaissons pas la date de sa législation étatique), semble fonctionner comme lieu social et est définie comme tel (soutpape de sécurité du pouvoir?).

Les hommes turcs ont donc l'habitude (*1 fois par mois au minimum, cela dépend de l'état financier*), de rendre visite aux prostituées avec toute la sécurité et la protection qu'une institution étatique peut fournir.

3.4 Maladies

Selon eux, les prostituées sont contrôlées par l'office sanitaire de leur ville une fois par semaine (le vendredi), et elles affichent dans leur chambre, d'une part l'autorisation de professer, d'autre part, un certificat de santé (*vesika*, attestation).

D'où une confiance aveugle concernant la santé des "filles", et par là, une méconnaissance des maladies sexuelles, à l'exception de la blennorragie (qui se dit en traduisant du turc "*le refroidissement du dos*"). Six personnes, à notre connaissance, ont eu cette maladie et quatre autres la connaissaient bien parce que des amis l'avaient attrapée "*mais pas au bordel plutôt avec des auto-stoppeuses*".

Tous les autres en ont entendu parler, ils connaissent les symptômes principaux; "*ça coule et ça pique*" et savent qu'on peut facilement l'attraper.

Elle est soignée traditionnellement au dire de quelqu'un, *par copulation avec un chien* ce qui agirait comme un système d'aspiration très fort, et tirerait la maladie dehors.

Quant à la syphilis, (*frengi*, peut-être de mal français) cinq en ont entendu parler, mais ne l'ont jamais vue.

Ceci devrait nous expliquer un peu mieux la difficulté et la crainte que peut rencontrer le migrant turc dans le pays d'accueil (la Suisse) concernant sa relation avec les prostituées. N'arrivant pas bien à les situer (pas de reconnaissance d'un lieu précis), *elles sont dans la rue*, (pas de certificat de santé et de professionnalité) il se trouve dans un état de confusion par rapport à ses propres données culturelles.

3.5 Prévention culturelle

"La souillure n'a rien à voir avec le péché et elle procède tout aussi bien d'un acte licite que d'un acte illicite". (A.Bouhdiba 1975)

Dès l'âge de 7 ans tous les garçons turcs apprennent une loi islamique concernant les "us et coutumes" de la purification rituelle (cette loi est la même pour les femmes).

Ils sont en général instruits par un homme religieux, qui leur explique qu'après toute émission séminale, consciente ou inconsciente, l'homme doit se laver de la tête aux pieds afin de retrouver sa pureté originelle, ce qui lui permet de réintégrer la société. Ne pas se laver, c'est être en état de délit, *la nourriture devient interdite, la mort dangereuse etc.*

Cette coutume à la fois religieuse et préventive, est un geste habituel que toute personne même non pratiquante, fait systématiquement.

Il est intéressant à signaler que l'Islam a gardé divisé l'acte sexuel illicite, par exemple l'adultère qui concerne l'organisation sociale et son éventuelle répression, de l'acte de purification qui concerne l'individu propre.

Cette purification coutumière ne concerne pas seulement la sexualité, mais s'étend sur l'ensemble des déjections du corps, dont le sang. Elle démontre un intérêt tout particulier porté au corps et à sa santé qui, dans les textes, va jusqu'à des descriptions si fines qu'elles peuvent prendre la forme d'obsessionnalité persécutoire, d'une acuité sur-développée à l'égard de ce qui est propre et de ce qui est sale. Dans la partie qui nous concerne nous avons pu entendre *cette peur d'attraper le SIDA par téléphone, et par la poignée de mains, etc.*

Nous verrons plus loin (6.4.) que ces fragments de connaissances sur la contamination peuvent être liés aussi à des influences médiatiques qui se sont mélangées à des aspects culturels que nous avons tenté de décrire.

"Lorsque l'intromission a lieu dans l'une des deux ouvertures du partenaire au point que le gland disparaît entièrement, les ablutions deviennent une obligation tant pour l'actif que pour le passif, qu'il y ait eu ou non éjaculation." (trad. A. Bouhdiba 1975)

Tous les migrants interviewés reconnaissent qu'ils font systématiquement les grandes ablutions *après chaque émission de sperme et chaque contact sexuel où il y a pénétration*, et ceci depuis qu'on le leur a appris.

S'ils ont des rapports avec des femmes européennes, ils restent dans le doute quant à *la propreté de celles-ci*, puisqu'ils savent bien que cette coutume est totalement liée à leur culture, d'où une méfiance encore plus grande par rapport au fait qu'ils pourraient attraper le SIDA.

4. REPRESENTATION DU SIDA

Par représentation, nous entendons les mots de la connaissance qui désignent la maladie et tout ce qui la définit.

L'ensemble des personnes connaît le SIDA et son lien avec la sexualité. D'une manière générale, nous avons constaté un sentiment de peur face à cette maladie, plus par le nombre d'inconnues auxquelles elle renvoie, que par peur de sa promiscuité. (Personne n'a jamais eu de relations avec quelqu'un qui est, ou est devenu, séropositif).

Les facteurs d'inconnues de cette maladie sont variables; en effet cela va d'une connaissance assez bonne des transmissions (*par le sang, le sperme, par voie vaginale...**) à des lacunes comme l'ignorance des phénomènes de contagion qui eux sont relégués aux *putains*** et aux *homosexuels****. Parfois ces facteurs passent par des aberrations telles que *se toucher les mains, usage des téléphones et toilettes publiques*****.

Etant donné qu'aucun signe de reconnaissance ne permet le discernement de la maladie, nous avons également entendu parler de *test pour être sûr, de certificat de santé pour les prostituées, de passeport où ça pourrait être marqué*. Le fait qu'aucun signe physique ne laisse entrevoir la différentiation (*ça ne se voit pas*) augmente la méfiance vis-à-vis de l'autre.

* Il est intéressant de relever que les personnes (10) qui sont arrivées depuis peu en Suisse (moins d'une année), semblent avoir de plus solides "**connaissances**" du phénomène SIDA.

Il reste à vérifier dans la deuxième partie de cette étude (6.) si les paramètres de la temporalité d'arrivée en Suisse peuvent être mis en relation avec les facteurs de connaissances; ce qui nous obligerait à prendre en considération les influences médiatiques indigènes (turques) et de voir si elles nous permettent d'améliorer notre analyse.

** Le phénomène de la "**putain**" est apparu comme capital dans les discussions sur la sexualité que nous avons eues avec les turcs (40) qui en ont parlé sous différents aspects (voir 3.3.).

Nous retiendrons ici l'assimilation qu'ils font de **la transmission du SIDA par les femmes**. Une femme qui couche avec plusieurs hommes est considérée comme une putain; la distinction d'avec la prostituée n'est due qu'au phénomène de l'organisation des institutions de la vénalité et du lieu de la rencontre, ce qui correspond à peu près aux distinctions que nous faisons au XVI^e siècle.

"Le mot "putain" était alors proprement appliqué à toute femme qui recherchait les relations charnelles pour l'amour, pour le plaisir, la femme honnête était censée ne le

chercher que pour le mariage conformément aux devoirs de son état..." (Cl. Foseé-Poliak 1984).

Cette distinction portée sur la femme comme transmetteuse, nous est apparue comme un modèle récurrent dans l'ensemble des données. Le fait que l'on ne distingue pas son similaire (les autres hommes, celui qui a passé avant) comme porteur du mal, tout au moins dans le langage, semble confirmer un sexisme que nous connaissons bien dans les cultures méditerranéennes.

Ceci rend paradoxale la notion de système patriarcal comme moyen de transmission (des valeurs culturelles et autres), alors que la femme est souvent reconnue par sa position de migrante comme "l'étrangère" dans la famille du mari et ne devient assimilable qu'à travers le "nom du père" et de par sa fonction d'élévatrice.

*** Il est à signaler que "l'homosexualité" a été difficilement abordable, plusieurs personnes (15) ont soit porté un déni culturel, *ça n'existe pas en Turquie*, soit (4) relevé le mélange entre prostituées et homosexuels, du fait d'avoir été interpellés dans des lieux publics en Suisse.

Les rapports anaux ont été peu mentionnés comme moyen de transmission du virus, bien qu'une fois, en dehors de nos interviews, une personne signalait à une autre : *quand on est pas sûr avec une femme, il vaut mieux la prendre par derrière.*

Nous distinguons ici un phénomène de connaissance (que l'on pourrait nommer de fragmentaire) où l'appareil génital féminin est considéré en soi, comme détenteur et seul lieu de transmission de la maladie.

Ce déni de l'homosexualité a été souvent utilisé par les personnes qui séjournent depuis plus d'un an dans le pays d'accueil, des modifications sont apparues au cours de nos entretiens avec les nouveaux arrivants (voir 6.3.).

**** Les aberrations que nous avons pu entendre de plusieurs personnes (5) nous semblent liées, d'une part, à des prototypes (items) culturels d'hygiène (voir 3.5.) avec un fond d'obsessionnalité et d'autre part à des problèmes à la fois d'identité culturelle par rapport à la migration et de fragments de connaissances médicales (voir 6.4.) - le passeport, le certificat, le test etc.. - autant de signes de reconnaissance et de différenciation que l'on peut conjuguer avec leurs propres difficultés d'adaptation : le nouveau, le différent, l'autre. Ce qui nous donne un aperçu de la manière dont les phénomènes d'acculturation peuvent se construire.

5. COMPORTEMENTS

Par comportement, nous avons essayé de mettre en évidence les pratiques sexuelles de ces personnes immigrées, en les divisant selon des groupes représentatifs.

5.1 Groupes représentatifs

Les données sur les pratiques génitales pour l'ensemble des personnes sont les suivantes :

- a) 28 personnes n'ont eu aucun contact sexuel avec des femmes depuis leur arrivée en Suisse.
- b) 11 personnes ont eu des rapports avec des prostituées (en utilisant des préservatifs).
- c) 4 personnes ont eu des relations stables (plus de 6 mois) avec une femme (n'utilisent pas de préservatifs).
- d) 5 personnes ont eu des rapports avec des partenaires multiples depuis leur arrivée en Suisse (n'utilisant pas ou occasionnellement des préservatifs).

5.2 Mode de vie et pratiques génitales

Le groupe a :

Ce groupe représente la majorité des personnes que nous avons interviewées.

Il ressort de nos entretiens que ces individus ne rentrent pas dans la catégorie **des groupes exposés** à une éventuelle infection au virus VIH1.

Notamment pour les raisons suivantes : ils ont des difficultés de communication (parlent pas ou très peu les langues de la Suisse).

Leurs situations de logement sont souvent précaires (ils habitent dans des chambres ou des studios souvent avec un minimum de trois personnes).

Leur vie quotidienne est partagée presque exclusivement avec des autres turcs (en groupe dans les cafés, dans leur déplacements et autres situations sociales).

Le groupe b :

Ce groupe a un style de vie similaire au groupe a) et vit avec lui.

Cependant, les membres du groupe b) se distinguent du premier par des caractéristiques d'autonomie plus grande : ils parlent un peu les langues locales, sont plus solitaires, et sont pour la plupart parmi les plus âgés (35-40 ans). Nous avons aussi relevé qu'ils ont souvent voyagé plus que les autres, que ce soit en Turquie ou en Europe.

Pour eux, les rencontres avec les prostituées ont été dans l'ensemble décevantes à cause des préservatifs et du fait *qu'ils ne peuvent pas les toucher comme ils l'auraient souhaité*. Une seule personne se dégage de l'ensemble par une pratique régulière avec les prostituées et une utilisation sans équivoque du préservatif (6.4)

Nous pensons que ce groupe pourrait avoir d'autres relations sexuelles non protégées et en particulier d'une manière occasionnelle avec des homosexuels. Malheureusement les indicateurs sont trop flous pour le certifier.

Le groupe c :

Ces personnes sont sorties du groupe a) et ont acquis une certaine indépendance en étudiant la langue locale.

Ce sont des jeunes, arrivés en Suisse entre 18-22 ans, et qui laissent apparaître un bon nombre d'influences venant de personnes indigènes (suisse) du même âge.

Les rencontres avec leurs amies ont été importantes affectivement et parfois ces situations laissent entrevoir un état conflictuel avec le fait qu'ils sont mariés en Turquie.

Le groupe d :

Ce groupe est constitué d'individus qui vivent seuls et souvent de façon très autonome.

Certains traits caractéristiques les distinguent des groupes précédents; ils sont beaucoup plus acculturés, et ont intégré assez facilement toute une série de paramètres qui leur permettent d'être indépendants. Ils parlent plus couramment les langues locales et sont dans le groupe d'âge mûr (30 et 33 ans).

Leurs relations avec les femmes sont souvent "objectales" et de type hygiénique, **sans pour autant inclure des moyens préventifs**. Ces relations sont pour la plupart de courte durée, allant d'une rencontre isolée à une relation de quelques semaines. Il n'y a pas de signes apparents d'attachement, même si les ruptures peuvent être dues à une méfiance ou à une jalousie, ce qui leur permet de reléguer l'autre au statut de "putain". La drague pour eux est un jeu et un atout de pouvoir par rapport à leurs compatriotes.

5.3 Préservatif

Ils le connaissent tous de vue, mais donnent l'impression d'être *dégoûtés* de devoir le mettre et disent *qu'il enlève les sensations*.

Il paraît que la Turquie n'a pas connu l'usage des préservatifs, sinon en zone urbaine, comme moyen anti-conceptionnel (à vérifier) et que les méthodes utilisées dans les villages, sont d'une époque postérieure (pilule et stérilet).

La sécurité sanitaire "étatique" qu'ont les prostituées en Turquie, semble faire barrage à l'introduction du préservatif dans les relations sexuelles.

Réalité qui est peut-être en train de se modifier (voir 6.2.).

Pour ceux qui ont eu des contacts avec des prostituées en Suisse, ils insistent sur le fait *que ce sont elles qui décident* par rapport au préservatif.

La plupart pensent par rapport aux préservatifs, *que s'ils n'en veulent pas, il n'y en aura pas*, idée paradoxale qui les déresponsabilise et qui rejoint ce que nous disions par rapport à la délégation qu'ils font aux femmes.

Nous avons pu trouver sur l'ensemble du groupe 11 personnes qui ont utilisé des préservatifs, 8 qui l'attendent des prostituées et 3 qui ne pensent plus avoir des relations sexuelles autrement que protégées, dont 1 qui *les a toujours sur lui* (voir 6.4.).

5.4 Analyse de comportements

Cette catégorisation des groupes, nous permet de mieux clarifier les éventuels risques de contamination au VIH.

Nous pouvons dire, d'une manière générale qu'actuellement, l'effet "ghetto" protège une grande partie du groupe, ce qui n'exclut pas une pénétration éventuelle de la maladie.

Le groupe a :

Tout en n'ayant pas de relations sexuelles, ces personnes se trouvent dans un isolement culturel, qui laisse apparaître pour les plus anciens du groupe, de grosses lacunes de connaissance face à la maladie du SIDA, soit par défense : *ça ne nous concerne pas*, soit par rejet : *c'est la maladies des autres*.

Les modes de contaminations et les systèmes de prévention restent souvent inconnus.

L'influence des plus anciens résidents (pairs) est souvent pauvre ou conservatrice par une sur-utilisation des systèmes culturels. Certains changements sont apparus avec les départs et les nouveaux arrivages (voir 6.4).

Nous pensons aussi que le phénomène de ghetto, n'est pas nécessairement stable du point de vue de sa structure sociale pour deux raisons : d'une part, son temps d'existence en Suisse est très court, d'autre part, les mouvements de passage à l'intérieur restent souvent assez élevés puisque la plupart de ces personnes se voient refuser l'asile et doivent retourner dans leur pays ou dans un pays tiers (60 % des personnes interviewées ont quitté la Suisse à ce jour).

Le groupe b :

Les rapports que ces personnes entretiennent avec les prostituées en Suisse, sont souvent sporadiques, bien que cet indicateur semble changer vers la fin de notre enquête (due peut être à une assimilation des différences quant au pays d'origine).

Les principaux modèles de résistance que nous avons rencontré à leur approche des prostitués sont les suivant :

En Suisse, pour ce qui concerne les "filles", il nous a été signalé *le manque de sécurité sanitaire reconnaissable*, (certificat de santé). *Ici, il n'y a pas de bordel, - on ne sait pas qui sont les putes, - dans les autres pays européens il y en a*. Le fait de ne pas pouvoir localiser l'endroit exact des prostituées crée une certaine confusion (voir 3.3.).

Ce que nous pouvons retenir encore comme argument, concernant le manque de rapports avec les prostituées en Suisse, c'est *le point de vue économique* :

En Turquie, le prix des passes est en général affiché selon le degré d'âge de la prostituée et coûte de quinze à vingt francs (15'000 à 20'000 T.lira), linge compris, et cela sans changement sur l'ensemble du pays.

En Suisse le prix est de cent francs (100'000 lira) avec des variabilités dont ils ignorent le sens, *et sans linge!*.

Or pour faire vivre minimalement une famille 120'000 T.lira peuvent suffire, soit cent-vingt francs; en Turquie, un ouvrier gagne environ 200'000 lira, qui est l'équivalent de deux cent francs.

Cette échelle de valeurs permet de mieux comprendre le pourquoi de la renonciation à avoir des contacts avec les prostituées, surtout si nous conjuguons ces données avec celles de leur migration, qui indépendamment de leurs motifs d'asile est aussi de type économique. Chaque mois, chacun d'entre eux envoie de l'argent en Turquie pour nourrir sa famille.

Ce genre de rapport sexuel reste souvent insatisfaisant, peut-être en partie dû aux tensions provoquées par ce que nous venons de voir. Nous avons constaté que l'insécurité par rapport à la reconnaissance (dans le sens de phénomènes connus) augmente lorsque vient s'introduire à l'intérieur, la problématique des maladies sexuellement transmissibles et celle du point de vue économique.

Pour ce qui concerne les comportements préventifs (5.3), il nous est apparu que le préservatif est encore peu considéré; en général il est souvent vécu comme une obligation venant des femmes. Le fait de s'y soumettre ne peut être assimilé à celui d'un comportement acquis. Nous avons déjà vu (3.2) que la tendance était à la délégation et à la prise en charge par les femmes.

Le groupe c :

Par son rapprochement de la jeunesse du pays d'accueil, nous pourrions assimiler le comportement de ces personnes à celui que nous pouvons observer chez nos adolescents.

A la différence près, qu'ils ont du passer par une phase de difficultés assez importantes au début de chaque relation stable, pour ne pas considérer leur nouvelle amie comme une "putain".

Pour eux, d'un point de vue culturel, la virginité reste un atout majeur comme garant de l'appartenance.

A leur dire, les filles avec lesquelles ils ont entretenu des relations affectives stables, n'étaient plus vierges lorsqu'ils les ont connues.

Les comportements préventifs face au SIDA eux, paradoxalement sont rejetés sous la couverture de *"je la connais bien, elle n'est pas allée avec n'importe qui"*.

Préoccupés par l'hygiène de leur partenaire (de par leur culture), ils nous ont dit : *"moi je lui demande de se laver avant d'avoir des relations sexuelles"*, ou bien *"j'ai essayé de lui apprendre comment se laver après chaque relation"*.

Le groupe d :

Comme nous l'avons vu, ce groupe représente celui que nous pouvons considérer comme ayant des comportements à risque, et qui de par leur structure ressemble au groupe des dragueurs (Masur, IUMSP, 1988) à ceci près, que ces personnes sont toutes mariées et temporairement en Suisse. Ces indices nous font croire qu'il s'agit plus de comportements d'emprunt que d'une structure caractérialle stable.

Les relations avec leurs partenaires sont vécues comme ambivalentes, où il n'y a pas de sécurité; *on n'est jamais sûr* si oui ou non, c'est une prostituée ou tout simplement une femme indigène.

En effet, les femmes suisses sont souvent perçues comme *"des femmes libres qui font ce qu'elle veulent"* et qui sont de ce fait, considérées comme *"très ouvertes"* (dans le sens de découvertes physiquement de par leurs habillements et d'une façon symbolique de par leurs accessibilités).

N'oublions pas que dans l'Islam, le fait de désirer la femme de l'autre est considéré comme un péché capital; l'adultère (zinâ), avait pour peine la mise à mort par lapidation.

D'où peut-être la réduction et la non-différenciation entre la putain et la femme de l'autre.

D'autant plus que le Coran insiste sur l'assimilation entre la turpitude et la femme d'une autre religion (la zânia), l'étrangère qui donne accès au péché. (A. Bouhdiba 1982).

Cette ambivalence se retrouve dans les comportements préventifs, où l'usage du préservatif reste casuel, voir inexistant; souvent ils y pensent, mais avec l'idée que *"c'est trop tard, comme quand tu es devant un feu rouge et puis tu passes au vert..."* (voir 7.2.).

Les personnes de ce groupe sont minoritaires, en les revoyant en fin d'année et en regardant nos données d'un point de vue temporel, nous ne pouvons pas dire si cette attitude comportementale de dragueur n'est pas en fait, basée sur une période de passage ou d'intégration dans le pays d'accueil et qu'ensuite ces personnes rejoignent plutôt le groupe c, c'est à dire qu'elles établissent des relations stables avec une partenaire (indice 3 sur 8 en mars 89).

Conclusion :

Un travail reste à faire pour l'ensemble des groupes sur les modalités d'acquisition de comportements préventifs.

La casualité des relations avec les femmes en Suisse, reste assez faible pour la plupart. Dans ces moments là, il semblerait que l'engagement émotif de ces personnes est plus important qu'une réflexion préventive qui se veut elle, plus liée aux habitudes et à une normativité des relations sexuelles entre personnes.

- *Si tu trouves une femme, aujourd'hui, est-ce-que tu voudrais y aller?*
- *Oui, parce que ça fait longtemps que je n'ai rien fait.*
- *Au fond, presque tout le monde répond de la même manière!*

- Oui, pour la majorité c'est pareil, mais tout le monde a peur du SIDA.

- Je ne veux pas aller avec n'importe quelle femme, mais si je trouve une femme pour moi tout seul, je suis d'accord de la baiser.

Mon informateur, à la fin d'un travail de traduction, m'a donné cette métaphore turque par rapport aux changements de comportement et à la difficulté de leur acquisition :

- C'est comme l'histoire du chat qui rentre dans une pièce et qui voit de la viande suspendue au plafond. Après plusieurs tentatives pour essayer de l'attraper, il s'en détourne dédaigneusement en se disant : de toute manière, c'est de la viande proscrite, et il s'en va chasser ailleurs.

Licité de la chair et sexualité sont juxtaposées dans une sourate coranique :

"...Il vous a fait connaître les aliments qui vous sont défendus. La nécessité peut seule vous les rendre licites. La plupart des hommes s'égarent séduits par leurs passions et aveuglés par l'ignorance...

Evitez l'erreur dans ce qu'il y a d'apparent aussi bien que dans ce qu'il y a de secret..." (S.VI, 119-120).

6. LA TEMPORALITE DE L'IMMIGRATION

Après avoir fait une lecture que nous pourrions appeler "**horizontale**", c'est-à-dire en prenant en considération ce qui est commun à chacun, il nous a été permis de constater que sur l'ensemble du temps de nos interviews, des différences de connaissances par rapport au phénomène SIDA se laissaient entrevoir.

Ceci nous est devenu plus clair lors de la présentation de notre rapport intermédiaire de juin 1988.

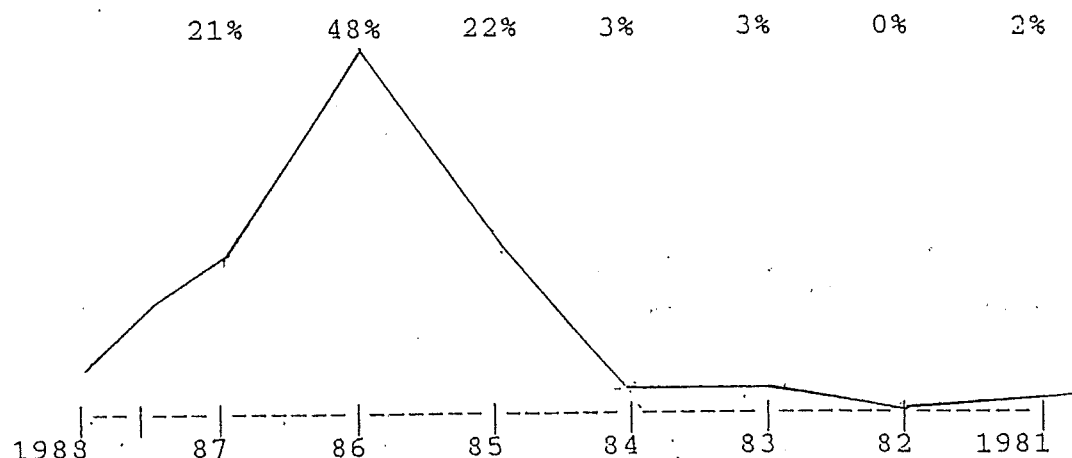
En effet, en faisant une relecture de nos interviews, des différences sont apparues au travers du discours de plusieurs personnes, qui apparemment, même si dans une première hypothèse, nous avions pensé nous trouver devant des personnes plus cultivées, ne présentent aucune modification majeure, du point de vue du statut social.

Notre seconde hypothèse, a été de penser que nous avions acquis une plus grande facilité de contact, en rapport à la quantité de personnes que nous avons vue, donc plus d'informations "parasites" que notre informateur aurait pu glisser dans son questionnement avec les nouveaux arrivants.

En regardant de près nos données, cette fois d'une manière "**verticale**", et en prenant comme axe le temps d'arrivée en Suisse de l'ensemble de ces gens, il est devenu très clair que les personnes qui possédaient les meilleures informations sur cette maladie et sur sa prévention, étaient en fait des gens qui étaient arrivés pour la plupart de janvier à la fin octobre 1988. (Exception faite pour un individu qui est là depuis 4 ans et qui avait reçu ces informations grâce à un travail qu'il a eu dans une chaîne de restaurants, laquelle distribue à tout son personnel et dans sa langue, une information assez détaillée sur le SIDA).

6.1 Temps d'arrivée

Tous les migrants interviewés (58) sont arrivés en Suisse sur une échelle de 7 ans :



1981 - 1982 : 1 = 1,72%
 1982 - 1983 : 0 = 0%
 1984 - 1985 : 2 = 3,44%
 1985 - 1986 : 2 = 3,44%
 1986 - 1987 : 13 = 22,41%
 1987 - 1988 : 28 = 48,25%
 1988 - 1988 : 12 = 20,68%

de janvier à juin 1988 : 8 13,79%
 de juin à octobre 1988 : 4 6,86%

Cette échelle du temps d'arrivée ne nous donne pas d'indications sur le processus d'acquisition de connaissances par rapport au SIDA, si nous ne pouvons la confronter avec ce qui s'est passé en Turquie pendant ces dernières années, du point de vue des informations sur ce phénomène.

La seule donnée que nous connaissions était un article d'un journal turc que nous avons découvert en mai 88 (voir en annexe).

Dans la deuxième moitié de nos interviews (à partir d'août 88), nous avons insisté sur ces questions d'informations.

6.2 Diachronicité et connaissance

Au début novembre 88, nous avons eu la chance de pouvoir rencontrer à l'O.M.S., un des responsables de l'Office de la Santé Publique Turque qui s'occupe de la campagne de prévention contre le SIDA, AIDS Yüksek Kurulu Council, fondée en 1987,

et qui a pu nous expliquer l'ensemble des actions que le gouvernement turc a élaboré pendant ces deux dernières années.

Les degrés de connaissance par rapport au SIDA que nous avons pu relever chez nos derniers arrivés, correspondent d'une manière intéressante au "sprayage" d'informations que l'A.Y.K. avait fait sur l'ensemble du pays.

(Informations diffuses)

Début 87, il est question de prévention par rapport aux injections, aux coiffeurs, coupures et aux pratiques populaires de la saignée.

(Informations ciblées)

Fin 87, le gouvernement turc commence une campagne de prévention dans les zones touristiques, spécialement avec les travailleurs d'hôtellerie. Il s'intéresse aussi aux migrations et fait plusieurs vidéos d'informations "tout public".

(Informations préventives)

Début 88, il est question des préservatifs et des milieux de prostituées.

(Informations médiatiques)

Début 88, les premiers articles apparaissent dans les journaux, sur le nombre de malades en Turquie et sur l'usage des tests, la séro-positivité fait son apparition au niveau médiatique.

Été 88, les préservatifs commencent à être utilisés dans les maisons closes.

Ces données nous ont été fournies oralement; à ce jour, nous n'avons toujours pas reçu un listing précis de l'A.Y.K.

6.3 Mythe d'origine

Nous avons récolté plusieurs histoires qui racontent l'émergence du SIDA en Turquie, nous les avons mis en juxtaposition avec ce que le représentant de l'Office de la Santé Publique Turque nous a dit lui-même. (Le temps entre parenthèse indique l'arrivée du migrant en Suisse).

1. Ce sont les touristes qui l'ont amené, surtout il faut recommander de se méfier des solitaires, **(dit par le représentant de l'A.Y.K.)**

- *On raconte qu'un couple étranger est venu en vacances en Turquie et la police a découvert qu'il avait le SIDA, alors ils les ont mis en prison. (A. 11 mois).*

2. Il est question des immigrés turcs qui l'ont ramené à leur retour. **(A.Y.K.)**

- *On dit que la première, c'est une femme (putain) qui l'a apporté de l'étranger, on dit aussi, que c'est un chauffeur international qui l'aurait amené. (B.9 mois).*

- *Ce sont les camionneurs qui l'ont amené en Turquie. (C. 6 mois)*

On raconte que deux turcs, quand ils étaient en Suisse, avaient été chez les putes et ils auraient le SIDA. Quand ils sont rentrés en Turquie, le gouvernement turc ne les a

plus voulus, et les a renvoyés. Maintenant ils sont enfermé dans une pièce, ici à Bâle, comme dans une prison. (C. 9 mois)

3. Nous pensons que des prostituées sont séro-positives, principalement celles qui professent librement. (A.Y.K.)

La majorité de ceux qui l'ont attrapé, ce sont les conducteurs de camions et les putains libres (sokan kadene : femme de rue) qui ne sont pas contrôlées...

mais la maladie à été transportée d'Europe. (D. 9 mois)

- On dit que c'est très dangereux d'aller avec les auto-stoppeuses, parce qu'on peut l'attraper, elles vont avec n'importe qui et ne sont pas contrôlées. (E.6 mois)

Ces histoires, ainsi que d'autres, parlent non seulement de la préoccupation du moment, le SIDA, mais aussi racontent, comme dans les mythes d'origine, la peur de l'homme face à l'étrange. Nous sommes devant l'Unheimliche, que Freud (1919) a décrit; ce lieu où l'inquiétude bouleverse le sens commun, où la monstruosité se conjugue avec la normalité. Histoire qui dans la bouche d'un étranger prend tout son sens face à sa propre différence.

6.4 Résumé des observations

Informations diffuses (A.Y.K. début 87) :

En relisant nos interviews, nous avons découvert que les personnes qui sont arrivées en début d'année 88, savaient que **la transmission du SIDA** se faisait par le sang et par le sperme :

- Je ne sais pas exactement, mais j'ai entendu dire qu'on ne l'attrapait ni en parlant, ni par des contacts de la bouche, ni en caressant, seulement par des échanges de sang.

Le sang, élément essentiellement féminin, est l'élément de transmission; il revient dans la représentation du O de STOP SIDA :

- Qu'est ce qu'il y a dans le O de STOP SIDA ?

- Une goutte de sang, un morceau de microbe, si j'ai bien compris

- Qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

- Au début de la maladie, c'est un morceau de microbe, et il grandit gentiment dans le corps.

*- Je sais qu'on peut attraper le SIDA par des échanges de sperme *, donc la femme peut l'attraper facilement.*

**Dans la culture Islamique, les sécrétions vaginales portent le même nom.*

Le sang et le sperme sont deux des déjections du corps de l'homme que la religion musulmane considéré comme souillure. Cette image d'impureté, semble parcourir le discours de plus d'une personne, elle s'assimile avec d'autres lieux d'hygiène, comme se donner la main, le téléphone, etc. Propos souvent acculturés, (voir 3.5.) qui viennent de personnes qui ont subi la première phase d'informations en Turquie.

La représentation de la maladie se fait avec des images scientifiques imaginaires anthropophagiques :

- *Le SIDA dans le corps bouffe tout le sang, il bloque tous les organes et en particulier le coeur.*

- *Dans le sang il y a deux formes de globules qui donnent de la force. Le SIDA bouffe tous ces globules et quand il les a mangés, ton corps perd toutes ses défenses, à ce moment-là tu attrapes une grippe et tu peux mourir.*

Informations ciblées (A.Y.K. fin 87) :

Plus tard, des facteurs de souillure sont mis en rapport avec des facteurs de **discrimination** :

- *J'étais camionneur et j'allais souvent à Adana (zone touristique). Tout près de cette ville je me suis souvent arrêté dans un "restoroute" où il y avait toujours une autostoppeuse (putain). Les dernières fois, (nov. 87), j'ai remarqué que le garçon avait toujours une place réservée pour elle, elle avait sa chaise, ses couverts, je crois c'était parce qu'elle avait le SIDA, tout au moins c'est ce qu'on raconte.*

L'homosexualité commence à rentrer dans les discours, le déni que nous avons trouvé dans la première partie semble se résorber :

- *On dit que les homosexuels en Turquie sont aussi touchés et plus particulièrement ceux qui s'habillent en femme.*

- *Une fois j'étais à Zurich, et j'en ai rencontré un, d'abord j'ai pensé que c'était une femme, c'est lui qui me l'a dit et m'a demandé si je voulais "l'utiliser par derrière". J'ai refusé parce que j'avais peur d'attraper le SIDA.*

Malheureusement, il nous est impossible de quantifier les rapports homosexuels dans ce groupe, cela tient de l'ordre du privé où il n'y a pas de mots pour désigner les faits, même si dans le langage populaire on utilise beaucoup des jeux de mots les concernant.

Nous pouvons seulement penser que l'homosexualité dans de nombreuses cultures n'a pas de statut sociologique; elle n'a pas traversé la science médicale qui, au XIXe siècle en Occident, en a fait une perversion puis un phénomène social. Pourtant elle existe bien et peut rejoindre ce que Foucault (1983) nomme : la sexualité périphérique.

Phénomène qu'on retrouve en Turquie puisque deux des plus grands chanteurs turcs s'affichent, l'un comme homosexuel (*tout le monde le sait, il a une voix plus belle qu'une femme*) et l'autre comme transsexuel (*il s'est fait opérer*) ce qui lui a valu sa condamnation à l'exil, mais cela ne l'empêche pas d'apparaître dans les journaux, voire même à la télévision.

Informations préventives (A.Y.K. début 88) :

Les préservatifs commencent également à être mentionnés, en particulier par des personnes qui sont arrivées ici il y a moins de 6 mois :

- *Si tu vas au bordel, est-ce que tu le fais sans préservatif ?*

- *Non, elles n'acceptent plus, c'est elles qui décident.*

- *Et si tu veux le faire sans préservatif ?*

- *Elles te veulent pas. Si la femme voit un bouton ou une trace, elle te renvoie. Avant de partir (août 88) d'Istamboul, je suis allé chez une putain, elle m'a contrôlé de partout.*

L'acquisition de comportements préventifs commence à émerger dans nos interviews et ceci grâce aux nouveaux arrivants qui en parlent plus librement (voir schéma d'influences 8.) :

Un individu (11 mois) qui a régulièrement des relations avec des prostituées utilise des préservatifs, depuis huit mois c'est lui-même qui les propose.

Un autre (18 mois) nous a montré qu'il en avait toujours dans sa poche et ceci depuis trois mois : *on ne sait jamais.*

Un troisième (4 ans) nous dit que pour lui *ça va de soi* et que tant que ses relations ne sont pas stables, il pense que c'est nécessaire de se protéger (informations obtenus en 87 dans sa langue par le biais de son employeur; il s'agit certainement du dépliant pour les étrangers de l'OFSP dans sa 1ère version).

Informations médiatiques (A.Y.K. début 88) :

Nous n'avons pas eu accès à l'ensemble des données dans la presse. Souvent ils (7) nous ont mentionné des articles concernant le SIDA, mais la plupart parlaient du phénomène en général sauf pour l'article en annexe.

- *On connaît le SIDA, grâce à la télévision turque, les journaux aussi en ont parlé et ont présenté cette maladie comme très dangereuse et très répugnante.*

D'autre part, pour trois personnes (arrivées de 6 à 11 mois), leurs propres femmes, leur ont recommandé de *faire attention, avec les maladies que l'on peut attraper.*

Un 4ème (9 mois) nous a dit que dans ses téléphones avec la Turquie, son épouse lui rappelle souvent *"de faire attention et de ne pas aller avec d'autres femmes à cause du SIDA"*.

6.5 Analyse du changement

En reprenant l'ensemble de nos données, nous constatons de sérieux changements de compréhension et de comportements au sein de la nouvelle population de migrants.

Vouloir les justifier seulement à travers l'aspect médiatique de ce qu'ils auraient pu entendre en Turquie, serait à notre avis trop univoque.

Il ne faut pas oublier que l'ensemble de ces personnes est venu par le canal de la demande d'asile politique, donc traversant nécessairement l'une ou l'autre des organisations d'entre-aide sociale qui s'occupent d'eux. Nous n'avons malheureusement pas pu répertorier toutes les données concernant l'effort qu'a pu faire chaque centre pour en parler et informer ses requérants d'asile.(ex : en annexe)

Cette analyse mériterait une recherche pour elle-même (le style et l'histoire de ces informations), puisque jusqu'à ce jour, aucune recommandation bien spécifique de l'OFSP n'a rejoint l'ensemble de ces centres d'accueil.

Pour ce qui nous concerne, il nous paraît évident que l'influence des pairs n'est pas à sous-estimer; à l'entendre dire, le fait que certains puissent parler ouvertement de ces problèmes semble être un des principaux motifs de changement.

D'autre part, l'accès à des données réelles concernant la situation de la Turquie par rapport au SIDA n'est pas à négliger, et nous espérons que l'Office de la Santé Turque, pourra mener à bien sa tâche de médiatisation, non seulement sur son propre pays, mais aussi en prenant en considération les millions de turcs actuellement en diaspora.

- Nous sommes encore tous jeunes, presque tous les hommes ont besoin d'une femme, mais à cause du SIDA, nous allons perdre cette habitude. (9 mois en Suisse)

6.6 Conclusion

Ainsi que nous avons pu le voir, l'hypothèse de comportements à risque ne peut être actuellement retenue pour la communauté turque.

Cependant, après notre première évaluation juin 88, nous considérons que les connaissances et les moyens de prévention de ce groupe, concernant la maladie du SIDA, restent faibles et semblent encore trop fragmentées.

Ce qui signifie, dans un absolu, que ces personnes peuvent être considérées comme des gens qui peuvent passer d'une catégorie de comportements à risque 0, à une catégorie à hauts risques.

Les changements survenus dans la deuxième moitié de cette année 1988, nous laissent entrevoir des modifications de comportements :

- a) **par une meilleure compréhension du phénomène SIDA**, (indice 15 sur 48)
- b) **par un intérêt individuel**, (indice 8 sur 48)
- c) **par l'utilisation des moyens de prévention**, (indice restant toujours faible, 4 sur 48).

Actuellement, ce qui protège la communauté, c'est plus l'effet de "ghetto", qu'une véritable reconnaissance de la réalité. Cet effet peut durer encore beaucoup de temps, comme il peut se modifier très rapidement :

Soit par une pénétration du VIH dans un des groupes, par exemple : par l'intrusion d'une personne séro-positive qui pourrait avoir des rapports sexuels avec l'ensemble du groupe; (pratique coutumière que l'on voit parfois en Turquie, où des jeunes payent une prostituée pour venir dans une soirée et être disponible pour tout le monde).

Soit par une rapidité toujours plus grande des facteurs d'acculturation et d'adaptation dans le pays d'accueil : donc une augmentation de rapports sexuels non-protégés.

7. CAMPAGNE DE PREVENTION DE L'OFSP

Nous avons demandé à tous ce qu'ils avaient perçu comme informations en Suisse concernant le SIDA. Les éléments suivants ont été les plus discutés :

7.1 Affiche

D'une manière générale tout le monde a vu les affiches et pensent "*qu'elles sont importantes, qu'elles ne sont pas que de la publicité et qu'elles doivent être respectées*".

7.2 Slogan

Les messages n'étant pas en turc, ils ont vu que *ça parlait du SIDA* et, phénomène intéressant, 17 personnes ont perçu le message d'une manière conceptuelle : comme **ATTENTION SIDA !** 8 autres ont compris qu'il faut **ARRETER LE SIDA !** comme si le slogan **STOP SIDA** avait été enregistré profondément dans leur subconscient, puisqu'ils *ne comprennent pas les langues locales*, et qu'à la restitution, le **STOP** n'apparaissait plus.

- *Si on rencontre une femme par hasard dans la rue et qu'on marche avec elle, et qu'en même temps on voit la pub Stop SIDA, automatiquement c'est comme un choc et on change d'idée, on va plutôt boire un verre au café et l'histoire se finit là !*

Pour d'autres (4) au contraire, le logos STOP SIDA, s'est mélangé avec le "O" coloré du STOP, qui est devenu une représentation, une métaphore : le **FEU ROUGE**, l'interdit de circulation.

Quelqu'un a dit : "*quand tu es avec une femme, au moment où tu vas la pénétrer, à cause du SIDA, c'est comme si tu étais à un feu rouge, mais c'est souvent trop tard et tu passes au vert*".

Cette métaphore a été reprise dans un interview, où "*passer au feu rouge*" est devenu synonyme de mourir, et le SIDA est devenu synonyme "*d'une mort à petit feu*" c'est à dire; d'une mort lente :

KIRMIZIDAN GECMEK PESIN OLUM, SIDA ISE VADELI OLUM DEMETKIR.

Ce qui veut dire :

TRAVERSER AU ROUGE C'EST MOURIR CASH, ATTRAPER LE SIDA C'EST MOURIR PAR ACOMPTE.

- Si tu as un accident parce que tu as traversé au rouge, tu as peut-être 10 % de chance de ne pas mourir, avec le SIDA, tu en as 0 %.

Ce slogan, retravaillé par mon informateur, nous parle d' une histoire d'économie à la fois **d'argent, de force et de sexe**, qui pour les immigrés sont trois principes qui donnent sens à leur migration et qui de ce fait sont d'une importance capitale.

Une autre image fréquente du "O" de STOP SIDA, est celle du sang (voir plus haut), cette image souvent répétée (18) a tellement intrigué notre informateur, qu'il a posé cette question à des ouvriers dans le bâtiment avec qui il travaille. Sur 7 personnes venant de toute l'Europe, Suisse comprise, 5 voyaient une représentation du sang. De notre côté, avec des Tamils (3), nous avons reçu la même image.

7.3 Image du préservatif

Aucun des anciens arrivés, plus de 2 ans en Suisse, n'a vu dans le O du STOP, le préservatif; lorsque nous en parlions, ils nous donnaient l'impression qu'ils ne comprenaient pas de quoi nous discussions. Même avec des détails, aucun ne s'est jamais repris en disant qu'il l'avait perçu.

Nous en avons déduit que de représenter le préservatif "en coupe" pouvait avoir à faire avec quelque chose d'une absence, d'autant plus qu'il est doublé du STOP.

Si nous continuons notre métaphore, il devient un symbole qui parle de l'absence et du manque de sexualité, ce qui fait résonance avec la migration.

A part cette interprétation, il est vrai que cette manière de représenter le préservatif est très abstraite quant à l'objet lui-même, surtout si l'on pense à des populations qui ne le connaissent pas, ou presque pas.

7.4 Média

Aucun autre message de média n'a été vraiment suivi. Des personnes (21) ont vu qu'on en parlait beaucoup à la TV et dans les journaux.

Dans les journaux turcs, la plupart et surtout ceux qui résident depuis longtemps en Suisse, disent que ce qui est écrit concerne exclusivement les pays occidentaux, à part un article, qu'on nous a donné, datant du 14.05.88, où l'on parle du test "Elisa" fait en Turquie et de séropositivité trouvée chez des prostituées et des travestis à Istamboul, lesquels exercent toujours leurs professions.

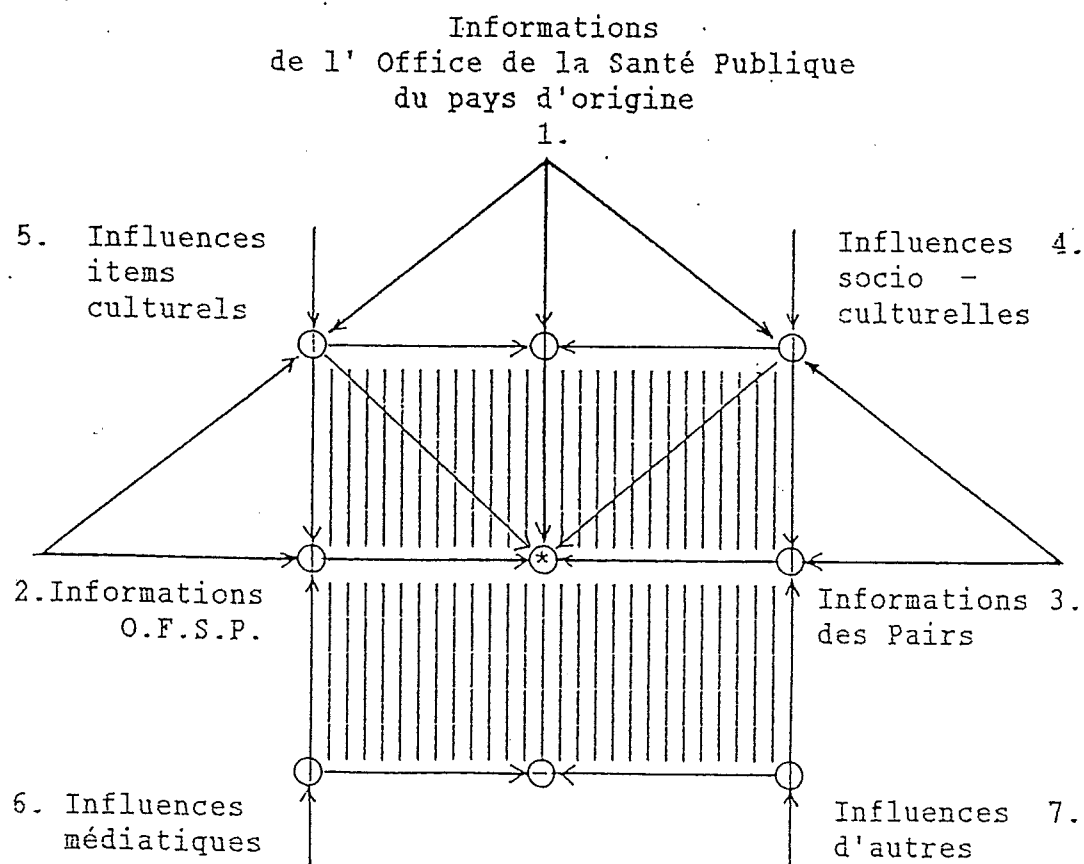
Le secret médical y est aussi mentionné suivi d'un texte scientifique sur les tests qui n'a pas été bien compris par nos lecteurs. (photocopie ci-jointe).

Cet article fut un choc pour ceux qui l'ont lu, et souvent après notre temps d'enquête, notre informateur en parlait en spécifiant bien que "ça existe aussi en Turquie".

8. SCHEMA D'INFLUENCES

En partant des différentes données de notre étude, nous avons tenté de construire un schéma idéal concernant les facteurs d'influence sur un migrant.

Nous l'avons divisés en deux modes; celui des informations qui s'occupent de messages directs ou cognitifs, et celui des influences qui contient les autres formes de messages et qui sont principalement indirects.



Définition :

Ce schéma est construit par un triangle représentant les inter-relations entre les trois Informations qui sont en contact avec les influences et le migrant défini ici par un carré.

Les Influences, elles forment les quatre angles du carré/migrant. A leur tour, elles sont en relation l'une avec l'autre et sont en contact avec le triangle des informations.

Le point central du carré/migrant est le lieu où toutes ces tendances peuvent se rencontrer.*

1) Informations de l'Office de la Santé Publique du pays d'origine :

Nous entendons par là, les informations officielles sur le problème du SIDA. Nous préconisons que seul un dialogue avec le pays du migrant permet de mieux comprendre quels sont les contenus de ces messages; les avantages, les lacunes et les différences que le pays d'accueil peut utiliser pour communiquer avec sa population d'immigrés.

2) Informations de l'OSP du pays d'accueil :

Indépendamment de sa campagne réservée aux indigènes, nous pensons que le pays d'accueil doit tenir compte des différences linguistiques de chaque groupe de migrants résidant dans son pays.

Il doit fournir une information spécialisée pour chaque communauté en tenant compte des autres paramètres que nous sommes en train de décrire, afin de mieux cerner leurs propres spécificités dans la différence.

3) Informations des pairs :

L'information orale de ceux qui résident depuis longtemps dans le pays d'accueil semble importante, elle est souvent considérée avec respect et parfois a plus de poids que celle de l'officialité.

Elle pourrait être accentuée en utilisant, comme moyen de diffusion de l'information officielle, certains lieux et certaines personnes clefs des communautés en les responsabilisant plus.

4) Influences socio-culturelles :

Les us et coutumes du pays d'origine nous sont apparus souvent comme des indicateurs de résistance aux changements, ils peuvent être éventuellement modifiés ou utilisés s'ils sont d'une part connus et d'autre part analysés dans leurs fonctions comme représentations culturelles et sociales.

5) Influences des Items culturels :

Les items ou matrices culturels (Devereux 1970) sont une série d'influences conceptuelles restreintes de mots clefs qui ont à faire avec les représentations originelles.

Ils sont souvent présent, mais cachés derrière le sens commun et ils sont sans changements apparents.

S'ils sont connus, ils peuvent être présents en filigrane dans les modèles du discours de prévention.

6) Influences médiatiques :

Les médias utilisent souvent les modèles scientifiques d'une manière fragmentaire, parfois scandaleuse, elles sont souvent diffuses.

Leurs influences sont très importantes, car elles ne produisent pas de message en soi, mais comme des parasites elles adhèrent aux messages officiels en les transformant jusqu'à leur en faire perdre leurs origines.

Elles sont souvent en relation directe avec les items où elles puisent leurs forces.

Elles fonctionnent par système d'emprunt et ressemblent analogiquement, au fonctionnement de l'esprit humain dans ses systèmes d'apprentissage.

Dans le phénomène d'acculturation chez les migrants, nous pouvons dire qu'elles peuvent être un des moteurs important.

8) Influences des autres :

Elles sont produites essentiellement par le contact avec des personnes influentes, à l'intérieur ou à l'extérieur de la communauté du migrant. Leurs messages sont pris en considération, et souvent ils sont étroitement liés à la place et aux représentations que le migrant se fait de l'autre.

***) Point d'intersection :**

C'est en ce lieu symbolique que les changements de comportement peuvent être opérables chez le migrant (représenté dans notre schéma par le carré) par la conjugaison à la fois des informations et des influences.

Note :

Nous avons constaté, que la mauvaise information n'est pas seulement liée à un manque d'objectivité, mais qu'elle peut être aussi en relation à une sur-information par rapport aux influences.

C'est à dire qu'elle produit chez l'individu une situation confuse par rapport à son identité propre qui se manifeste par une attitude ambivalente entre mode d'influence et d'information et qui transforme le tout en parasitage comme dans un bruit de fond.

A son opposé, il nous semble qu'une personne peut parfaitement vivre en prenant en considération seulement les influences, et parfois même en privilégiant l'une ou l'autre de celles-ci. Leurs conjonctures, sans l'apport d'informations objectives, peuvent devenir une véritable tour de Babel, où les modèles associatifs sont privilégiés.

Ce qui se dit sur le sexe ne doit pas être analysé comme la simple surface de projection de ces mécanismes de pouvoir. C'est bien dans le discours que pouvoir et savoir viennent s'articuler. Et pour cette raison même, il faut concevoir le discours comme une série de segments discontinus, dont la fonction tactique n'est ni uniforme ni stable. Plus précisément, il ne faut pas imaginer un monde du discours partagé entre le discours reçu et le discours exclu ou entre le discours dominant et celui qui est dominé; mais comme une multiplicité d'éléments discursifs qui peuvent jouer dans des stratégies diverses. (M.Foucault 1976)

9. COMMUNAUTE AFRICAINE

Nous avons décidé de faire un sondage d'opinion, dans les milieux africains vivant exclusivement à Lausanne et venant de différentes régions d'Afrique. Ceci afin d'envisager la nécessité d'une étude plus approfondie sur l'impact des campagnes de préventions contre le SIDA de l'OFSP et des éventuelles difficultés qu'elle comporterait.

9.1 Modalité

Nous avons utilisé le modèle de questionnaire et la grille de lecture que nous avons pour la communauté turque (voir en annexe). A partir de ces questions, les entretiens ont été de type qualitatif d'une durée de 45 minutes à 1h 30. Les personnes interrogées étaient seules ou en groupe.

Nos informateurs, n'étaient pas africains, mais des personnes qui connaissent bien leurs réseaux.

9.2 Population

Origine :

Nous en avons interviewé 12, tous masculins et venant de l'Afrique centrale :

Burundi : 4 personnes

Zaïre : 7 personnes

Angola : 1 personne (qui a vécu au Zaïre)

Age :

11 personnes sont âgées de 25 à 30 ans

1 personne a 21 ans

Etat civil :

9 sont célibataires.

3 sont mariés, le premier vient de se marier et sa femme est en Suisse,
les autres au Zaïre;
le second a 2 enfants, masculin et féminin,
le troisième a 1 enfant mâle.

Confessions :

2 catholiques
2 protestants
1 de l'église néo-apostolique
2 d'églises chrétiennes non précisées
1 judaïque
4 inconnues (ne nous ont pas été données)

Statut d'immigration :

7 sont demandeurs d'asile.
2 ont le statut de réfugié.
3 ont un permis d'étudiant.

Statut social :

- a) Dans le pays d'origine,
- 9 étaient étudiants, dont 2 en médecine, 2 en pharmacie et biologie, 1 un droit, 4 inconnus.
- 2 étaient commerçants,
- 1 était mécanicien.
- b) en Suisse :
- 3 sont étudiants depuis 1985, 1986 et 1987.
- 4 sont dans des centres d'accueil pour réfugié, arrivés en Suisse : 1 depuis 1987, 3 en 1988, (ne travaillent pas), les autres (5) sont dans le secteur secondaire, (manoeuvres, aide de cuisine etc).

Habitat :

8 sont dans des centres d'accueil pour demandeurs d'asile,
4 dans deux appartements où vivent des africains, environ 2 par chambre.

9.3 Présentation des données

La disparité des individus, leur nombre restreint, les niveaux sociaux différents, les religions différentes, les migrations différentes, ne nous permettent pas de présenter ici des données génériques.

Nous avons fait 6 interviews :

A avec 3 personnes,

B avec 1, C avec 1,

D avec 1, E avec 2,

F avec 4.

(Voir en Annexe la grille de lecture des interviews).

9.4 Modèle d'analyse

Dans les interviews, nous avons pu répertorier, 20 thèmes lexicaux qui revenaient régulièrement, lesquels ont été regroupés en 4 ensembles thématiques :

1. Représentations médiatiques

- a) MEDIA : moyens de diffusions; radios, journaux, tv, musique
- b) IMAGES MEDIA : réflexions, représentations et interprétations des médias.
- c) IMAGES SIDA : représentations et interprétations de la maladie.
- d) IMAGES DE LOI : Interprétations des interdictions données par la loi.
- e) RELIGION : représentations des interdits en relation avec la maladie.

2. Education et pratiques sexuelles

- a) EDUCATION ENFANTS : Discours sur l'éducation sexuelle des enfants.
- b) EDUCATION SEXUELLE : Connaissances sexuelles , vecteurs d'apprentissage.
- c) MASTURBATION : Utilisation du terme, discussion tenue sur le sujet, comportements.
- d) MARIAGE : Utilisation du terme, discours liés à celui-ci.
- e) CONTACTS AFRICAINS : Discours sur leurs comportements sexuels en Afrique.
- f) CONTACTS SUISSES : Discours sur leurs comportements sexuels en Suisse.

3. Différences et minorités

- a) PROSTITUEES : Discours et pratiques sexuelles avec les prostituées.

- b) HOMOSEXUELS : Discours sur l'homosexualité en général et sa relation au SIDA.
- c) TOXICOMANES : Discours sur la toxicomanie en général et sa relation avec le SIDA.

4. Maladies sexuellement transmissibles et leur prévention

- a) M.S.T. : Les différentes M.S.T. et leurs préventions.
- b) SIDA : En temps que maladie sexuellement transmissible.
- c) PREVENTION : Pratique de "défense" utilisée contre les M.S.T.
- d) PREVENTION H. : Préventions et pratiques sexuelles des hommes.
- e) PREVENTION F. : Préventions et pratiques sexuelles attribuées aux femmes.
- f) PRESERVATIF : Représentations et moyens de prévention.

Grille de lecture des interviews africains

INTERVIEWS		A	B	C	D	E	F	Total
MEDIA	M	3	2	6	3	7	1	22
IMAGES MEDIA	I M	5	4	5	7	17	4	42
IMAGES SIDA	I S	11	4	7	7	29	15	73
IMAGES LOIS	I L	0	0	2	2	0	0	4
RELIGION	R	9	5	12	4	8	4	42
Total		28	15	32	23	61	24	TO 189
EDUCATION ENF.	E E	0	2	2	5	8	0	17
EDUCATION SEX	E S	2	5	2	6	19	0	34
MASTURBATION	M A	2	3	3	2	1	0	11
MARIAGE	C M	0	5	6	8	4	3	25
CONTACT AFRI.	C F	1	4	10	2	1	10	28
CONTACT SUIS.	C S	2	6	7	11	1	11	38
Total		7	25	30	33	34	24	TO 153
PROSTITUEES	P U	4	3	4	0	6	2	19
HOMOSEXUELS	H	2	2	6	0	2	3	15
TOXICO	T	1	4	6	0	2	2	15
Total		7	9	16	0	10	7	TO 49
MAL. SEX. TRANS. M S T		1	2	0	1	1	2	8
SIDA	S	1	0	1	6	15	2	25
PREVENTION	P R	7	3	3	4	14	2	33
PREVENT. HOM. P R H		3	7	0	1	3	1	15
PREVENT. FEM. P R F		4	2	0	1	2	1	10
PRESERVATIF	P R S	6	2	3	3	13	4	31
Total		22	16	7	16	49	12	TO 122
TOTAL GENERAL		64	65	85	72	154	67	TG 507

Nous avons relu ces interviews, en mesurant en quantité le nombre de thèmes qui revenaient régulièrement dans chaque interview pour les juxtaposer ensuite avec l'ensemble.

Puis nous avons associé les réponses individuelles par thème avec celles des autres intervenants dans les mêmes thématiques ou en suivant le même processus, mais cette fois ci, par groupe de thèmes.

9.5 Première lecture

En regardant notre grille de lecture (voir en annexe), nous constatons que le **groupe E** qui est intervenu le plus souvent sur l'ensemble (154 réponses) est composé de 2 personnes qui ont fait des études de médecine.

En regardant les ensembles de thèmes, nous remarquons, qu'ils sont intervenus très massivement sur le 1er ensemble soit Média et Représentations et sur le 4ème, M.S.T. et Prévention. Alors que dans le 2ème, Education, Pratiques Sexuelles et le 3ème, Différence et Minorité ils ont un quota identique aux autres.

En allant encore plus dans le détail, cette fois par thème, nous constatons que la vie privée de ces personnes n'a pratiquement pas été évoquée, la masturbation est pratiquement absente, les contacts avec les femmes africaines ou suisses sont pour 1 inexistant dans le discours et pour l'autre, il laisse sous-entendre qu'il en avait avec des étudiantes en Afrique, quant à la Suisse, sa venue est trop récente.

Au contraire, dans le groupe F (67 réponses) les 4 intervenants ont parlé par ordre de leur arrivée durant le temps de l'interview, donc certaines questions n'ont pas été posées, d'où peut-être, le fait que le quota d'interventions reste peu significatif par rapport à l'ensemble.

Pour le groupe A, (3 personnes), nous ne pouvons pas donner de significations particulières au nombre de réponses qui sont les moins nombreuses par rapport à l'ensemble, sinon que ce groupe a été interviewé le 1er.

Après réflexion, nous pensons que le phénomène de groupe a été un facteur inhibiteur, (contrairement à ce que nous avons vécu avec les groupes turcs), par rapport à l'expression individuelle. Cette inhibition est plus liée à une fonction de sociabilisation qu'à une organisation de défense individuelle.

Il nous paraît donc intéressant de noter que les interventions que nous pourrions avoir avec d'autres africains devraient tenir compte de cette remarque.

Si nous le voyons d'un point de vue culturel, (P. Parin 1966) nous croyons savoir que la rencontre avec les africains doit toujours se placer du point de vue des hiérarchies et des nombreux paramètres culturels allant du social vers l'individuel par rapport à l'énoncé du discours. Souvent le rapport individu-individu se fait entre personnes du même groupe d'âge, les autres du même âge ou légèrement plus jeunes, peuvent être là comme témoins, mais pas nécessairement comme intervenants.

En regardant l'ensemble du tableau, certains des thèmes ressortent très nettement par leur fréquence d'utilisation dans le discours, comme par exemple : **Images SIDA (73), Image Média (42), Religion (42)**. A part la religion, les autres thèmes semblent répondre à l'attente de notre enquête.

Ce qui nous intéresse ici n'est pas seulement la quantité, mais la diversité de l'expression par rapport à un thème.

Ce que nous essayerons de faire ressortir ce sont les éléments de discours significatifs et révélateurs des différentes réalités socio-culturelles de nos sujets.

9.6 Résumé des observations

Nous allons essayer dans les parties qui suivent de nous approcher des caractéristiques individuelles. Pour cela nous tiendrons compte des interventions de chacun dans les interviews, en essayant de les dégager des ensembles thématiques.

Nous chercherons à mettre à découvert la réalité socio-culturelle de chacun et en particulier celle concernant les thèmes que nous leur avons proposés, c'est à dire les relations existantes entre **Sexualité, SIDA et Prévention**.

Pour cela nous resterons en relation avec les trois modes que nous avons induits dans notre questionnement, c'est-à-dire **la réalité** de ce qui se passe, **les représentations** que ça engendre et **l'origine des influences** qui modifient la réalité individuelle.

Nous les aborderons par des constatations générales commune à chacun d'eux.

10. REPRESENTATIONS DU SIDA

Thèmes : Représentations de la maladie et interdits religieux.

En guise d'introduction, nous avons placé ces interventions pour en relever la diversité des représentations synthétisées.

Les interprétations que nous en faisons sont liées au texte général et rehaussées par nos analyses des autres données.

Nous avons conçu ce découpage entre discours retranscrit des intervenants et discours d'interprétation, afin de pénétrer dans les textes et de nous laisser toucher par la richesse de ceux-ci.

- F... *Quand j'étais là-bas, il y avait des personnes qui étaient atteintes du SIDA, et elles ne savaient pas quoi faire parce qu'elles attendaient seulement la mort.*

Nous voyons d'une manière générique dans le début de cette histoire, que l'absence de connaissance met les gens dans l'attente de la mort. Le savoir faire par rapport au mal, c'est engager une relation de guérison.

...Il y avait une femme qui habitait la zone de ..., elle était guérisseuse; elle guérissait, enfin ces gens, ce genre de maladie.

Ici, l'histoire commence, il y avait (une fois) et nous savons déjà la fin, puisqu'ils sont guéris.

Si cette histoire est déjà finie qu'est-ce-qu'elle nous dit de plus?

...Alors une personne est allée la voir parce qu'au Zaïre quand quelqu'un a le SIDA, il ne va quand même pas... il serait ridicule, il ne va pas le cacher pour lui tout seul et s'il le cache à lui tout seul, il n'attend que la mort. Il faut qu'il le dise à quelqu'un, pour avoir des idées, pour aller voir quelqu'un, pour qu'il soit enfin, comment dirais-je, guéri.

L'histoire nous parle de la maladie comme d'une chose qui se dit, qui a besoin de l'autre comme médium de guérison. Dans ces quelques phrases, nous avons un condensé de ce qu'est la médecine traditionnelle, c'est bien au-travers d'une relation de mots que le processus de guérison peut se faire, dans le sens que "cacher pour soi" c'est ne pas permettre à la maladie de se socialiser et ne pas trouver un moyen thérapeutique.

Nous signalerons que dans une partie de l'Afrique, le processus autour de la maladie va de la prise de conscience individuelle vers un diagnostic socialisé par un médium qui en établit les causes, quand à l'éventuelle thérapie, elle se fait avec une personne tierce qui elle, s'occupe de la disparition des symptômes (A.Zempleni, 1985).

...Cette personne est allée voir cette femme, et puis je ne sais pas, elle a fait des gris-gris quoi, et puis cette femme, elle était guérie complètement.

Comme dans les histoires tout est bien qui finit bien, mais nous avons vu que l'angoisse sur la connaissance de cette maladie était plus liée au silence qu'elle engendrait et à sa difficulté d'en parler qu'à une guérison effective.

- E (étud. en médecine)... *Quand on voit une femme ou un homme qui est atteint, on voit que c'est un rejeton de la société, on lui prête ce caractère-là. C'est d'ailleurs pour cela que, quand une personne est... a attrapé ces maladies, il préfère aller chez un étudiant, lui dire son problème pour qu'il aille chercher les prescriptions médicales pour lui; afin que le médecin ne le voit pas. On essaye quand même de le cacher, parce que ça a un cachet, un mauvais cachet dans la société.*

Dans ce passage émit par une autre personne le "cacher" revient. Nous voyons ici que le processus de socialisation de la maladie, traverse la difficulté d'être vu par le medium/médecin, (celui qui parlerait des causes) et que la personne atteinte s'adresse directement au thérapeute ou le cacher devient cachet qui guérit et qui détruira la mauvaise image (cachet) de la maladie sociale.

Mais quelle est cette maladie du point vue social :

- A ... *Il y avait une femme chrétienne qui l'avait, vraiment chrétienne, qu'on doutait dans le quartier :*

"Non elle c'est une femme sérieuse" qui n'avait pas de relations sexuelles avec d'autres gens.

Mais après tout elle a eu le SIDA. Alors tous les gars ont été étonnés :

"En tous cas, je n'y crois pas", cette soeur est une soeur très calme, elle ne va pas avec des garçons.

Alors comment elle a eu le SIDA? Elle même elle disait :

"Non! moi j'ai le SIDA, mais je ne sais pas d'où il provient le SIDA, moi, je n'ai pas fait de relations avec des... avec beaucoup d'hommes, mais je ne sais pas ce qui m'est arrivé... Dieu connaît tout! Dieu doit m'aider!"

Mais après tout elle est morte. Elle était vraiment une femme sérieuse...

Ici l'histoire finit plutôt mal et nous laisse devant le fait, que même ceux que l'on croit sérieux, peuvent aussi l'attraper, au point qu'on n'y croit pas. Dans ce croire, se juxtapose une double négation à la fois la transmission du mal par les autres et la croyance (la connaissance) à des forces supérieures protectrices.

Tout ceci se situe dans la zone religieuse, celle qui dicte la loi et l'interdit sur les relations sexuelles. Ici, la maladie devient punition, car Dieu connaît tout, et lui seul peut guérir.

- F *Moi je dirais plutôt cette maladie du SIDA, c'est une punition que Dieu a mise sur la terre, que les gens ne trouveront peut-être jamais la solution.*

- Q Une punition à quoi?

- F *Je ne sais pas, comment dirais-je ? c'est une malédiction.*

Cette dernière intervention nous montre comment la maladie rejoint la tradition; au travers du religieux elle devient la punition, celle qu'on reçoit si la règle est dépassée, modèle traditionnel que l'on retrouve lorsque le médium invoque les causes éventuelles des maladies, c'est à dire lorsqu'il la socialise.

- A... Le SIDA, c'est comme une punition de Dieu... pour éviter que les gens..., parce qu'on a vu comment ça s'est passé au monde de Sodome et Gomorrhe. Il y avait beaucoup de putes, Dieu a voulu brûler le monde.

Alors ça peut arriver aujourd'hui, pour éviter euh...aux gens de faire beaucoup l'amour, pour limiter aussi, parce que les gens peuvent avoir peur de faire beaucoup l'amour. C'est pourquoi Dieu a créé cette maladie pour que ...

Les gens doivent avoir peur.

Après tout, la femme c'est...La première qui a péché dans le monde c'est une femme. Alors la femme aussi... D'autres fois aussi elles ne sont pas fidèles.

Ici la punition rejoint l'histoire du mythe, c'est du déjà vu, et avant tout ça raconte l'histoire de l'homme qui ne peut arrêter son désir, seule la peur peut le freiner.

C'est seulement au travers de l'autre (la femme) que, l'on voit se lier dans la projection le danger avec la fidélité, comme si de cette "autre" il fallait aussi se méfier, étant tellement proche, qu'elle en est presque soi.

- C... Je sais que la tentation d'une femme est beaucoup plus grande malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, mais j'essaie d'être fort, de ne pas tomber dans la tentation, j'essaie d'être fort.

- B... Mais moi, si je décide de ne ... de ne rien toucher... de ne pas chercher une femme, c'est aussi pour la religion. Tu vois pour la Bible, je veux dire pour la parole divine... comme je prie.

- E... Si une personne arrive à s'abstenir qu'il soit en Amérique ou..., (avec)ça nous gagnons, ça devient une barrière contre la maladie.

L'unique manière d'éviter le SIDA revient à faire un vœu d'abstinence, un retour à soi, tel est, pour la plupart des personnes qui ont participé à notre enquête, la finalité existentielle à la représentation de la maladie et aux comportements qui en découlent.

Ce retrait de la scène, ne va pas sans nous évoquer une autre retraite, celle que l'on trouve dans les rituels de puberté, qui eux aussi sont souvent accompagnés d'abstinence et vécus sous des contraintes et modèles de pouvoir et d'interdit.

La maladie et ses représentations se conjuguent ici avec la tradition, la religion d'une part, les traces cachées de la sexualité et la destinée d'autre part.

En donnant libre cours à l'interprétation, nous pouvons penser qu'au travers de leurs représentations, les personnes interviewées ont été confrontées réellement avec la maladie et se sentent, ou se sont senties en danger, ce qui les démarque totalement par exemple des turcs, voire même des européens, pour qui la maladie reste pour la plupart une connaissance médiatique.

Dans ce que nous avons pu observer, cette proximité du danger vécue par les africains met en déroute la croyance aux connaissances médiatisée de la maladie.

Le SIDA dans leur réalité n'est pas toujours conforme à ce que les médias en disent, d'autant plus que leurs sources d'informations sont souvent orales ou journalistiques et que les messages officiels de prévention en général pauvres dans le pays d'origine, sont submergés par les autres influences (voir schéma d'influence 8.).

11. COMPORTEMENTS

Thème : Contacts et pratiques sexuelles dans le pays d'accueil et dans le pays d'origine.

Si l'interdit des pratiques sexuelles se mélange et se justifie par les lois religieuses pour parler de la peur de la contagion, nous pensons que des problèmes d'ordre relationnel se glissent à l'intérieur du discours.

- A... *Des relations ces derniers jours? Non, dès qu'on a commence à parler du SIDA, je n'ai..., j'ai presque...*

Avant de parler du SIDA, peut-être que j'avais fait..., mais dès qu'on a commencé à parler du SIDA moi je n'ai pas encore fait de... l'amour. Il n'y a que deux ans que l'on a commencé à parler du SIDA.

Dans cette réponse, nous voyons l'ambivalence que la maladie mélangée à la sexualité produisent. Le phénomène temps introduit ici, est comme un catalyseur qui nous montre l'angoisse de la juxtaposition du "quand ça a commencé" de la maladie, avec "depuis combien de temps" l'individu n'a pas eu de relations sexuelles.

- D... *Moi, j'aurais jamais le SIDA, ...*

- Q : Pourquoi ?

- ... *Non,non, je n'aurais jamais le SIDA parce que je ne fais jamais le rapport.*

- Q : Mais chez toi tu en as eu ?

- ... *Avant, avant même que ce mot-là ne sorte.*

Moi, c'est ma solution, c'est tout, éviter les rapports.

Cette abstinence, est peut-être due aussi à la difficulté des relations qu'ils ont trouvé dans le pays d'accueil. Il nous reste à comprendre ce qui se passait dans le pays d'origine.

- Q : Quelle était ta relation avec les femmes en Afrique?

- C...*Avec les femmes? Ah, oui, disons là... enfin j'avais vraiment une vie très désordonnée, oui, ça je le reconnais.*

- Q : Tu prenais des précautions, par exemple des préservatifs?

- ...*Bein, disons là, non ! Quand j'ai pris la décision de venir en Europe, bon... je devais tout arrêter et euh..., on savait que l'Europe peut transformer un homme, même si*

l'homme était doux chez lui, il vient ici, soit il devient très méchant ou bien... je ne sais pas... Mais si nous on vient en Europe la plupart des cas, on est transformé.

- Q : Tu te sens transformé?

- ...*Moi, non! Je ne veux même pas être transformé*

- Q : donc tu pourrais être avec des femmes ici aussi?

- ...*Non, j'ai fait un vœu avant de venir ici.*

Une conduite d'évitement soit par rapport à la maladie, soit par rapport au stress de la différence dans la drague avec les filles en Suisse, laisse la plupart d'entre eux dans une situation d'ambivalence qui les pousse à adopter une attitude comportementale basé sur l'abstinence (5 sur 12) qui nous semble importante à relever, d'autant plus qu'elle ne dépend pas ni des ethnies, ni des différences sociales ou religieuses. Elle est ce que l'on appelle un phénomène de transculturalité.

Ceux qui ont eu (3 sur 12) une autre forme de rapports avec les femmes du pays d'accueil et qui ont affronté certaines difficultés en relation à la différence culturelle nous racontent :

- Q A cause du SIDA, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a un changement dans la drague?

- F1... *Ca a toujours été difficile pour les suisses romandes, pas pour celles qui viennent de la suisse alémanique, tandis que les romandes elles, elles sont... M'enfin, personnellement, pour moi ça n'a pas changé.*

- F3... *Pour draguer, la plupart des gens disent que c'est plus facile avec des suisses allemandes qu'avec les suisses romandes.*

- F1...*Moi je préfère les femmes mariées. parce qu'elles n'ont pas le SIDA. Si elles l'avaient, leurs maris seraient déjà morts. Alors moi je préfère les femmes mariées aux filles qui traînent. Tout simplement pour éviter cette maladie, il ne faut surtout pas être dans des mauvaises fréquentations, il ne faut pas fréquenter ces jeunes suisses qui ont fumé du haschisch. En plus, il ne faut pas sortir avec des prostituées. C'est le seul moyen d'éviter cette maladie.*

- Q : Quand tu trouves une copine suisse, tu ne te dis pas est-ce qu'elle a le SIDA ?

- F2...*Non, parce que quand tu penses à tout ça,... bon, tu auras des idées ailleurs. Si tu ne penses pas à ça, ça joue.*

- F1...*Normalement, si vous pensez à ça presque tous les jours, vous n'arriverez plus à draguer. Alors tu restes dans ton coin et puis je ne sais pas...Mais si je drague, je ne pense jamais à ça.*

Quant ils parlent de "ça", c'est comme si la maladie devenait présente, matérialisée par la pensée. Alors en n'y pensant pas, ils ont la possibilité d'avoir des partenaires et de vivre des relations avec des personnes du même âge.

Dans ce genre de comportements, l'absence de prévention paraît évidente, si la maladie est assez bien comprise comme maladie contagieuse, elle reste absente du discours dans les rapports avec leurs partenaires; un peu comme si la difficulté d'affronter la différence culturelle est déjà assez grande, sans qu'on y ajoute des changements de comportements qui mettraient le risque de contagion en évidence.

- Q : C'est vrai qu'en Afrique c'est plus simple les histoires entre hommes et femmes?

- F1...*Oui, c'est vrai, ça va vite.*- F3...*Bien, moi je dirai peut-être cela dépend d'une personne à une autre. Il y en a qui trouvent qu'en fait c'est facile, il y en a qui trouvent qu'ici aussi c'est facile.*

S'il y en a qui disent que c'est facile en Afrique, c'est parce que là on a une langue et une autre façon de draguer.

- Q : Quelle autre façon?

- F3...*Je vais une fois expliciter. Ici on peut draguer une fille, mais c'est pas facile à céder.*

On doit d'abord se comprendre, pour se rendre visite. Pour venir là où tu habites, ce n'est pas facile. On se voit deux, trois, quatre fois et puis là.

En Afrique, je vais draguer une fille aujourd'hui, je la ramène chez moi, on parle. Je ne dis pas je la ramène pour faire quelque chose mais on peut parler chez moi. Elle rentre chez moi sans hésitation. Pas ici, ici on hésite d'abord d'y aller.

Il y en a qui disent que c'est (plus) facile comme ça en Afrique qu'ici. Alors qu'ici on a d'abord l'habitude de se comprendre, de se découvrir vraiment jusqu'au fin fond.

- F1...*Moi, j'ai compris ce qu'il voulait dire, ce qu'il voulait dire, comment dirais-je, ici, quand on est en train de draguer il faut aller mollo. Mais là-bas, c'est direct.*

- Q : Qu'est-ce que t'entends par direct?

- F3...*Chez nous, on peut dire, ...*

- F1...*Vous m'avez plu et puis j'ai envie...*

- F3...(l'autre reprend) *Je t'aime on dit je t'aime, mais ici, si tu dis à une fille je t'aime :*

"Tu me connais pas et tu m'aimes, comment?". Elle s'étonne d'abord, mais là-bas on peut dire je t'aime, et elle trouve ça normal, parce que c'est normal.

C'est la différence des choses, vous voyez, on peut pas dire je t'aime à une fille ici,... mais en Afrique on peut le dire, je t'aime, puis je t'aime. Puis on se comprend, mais ici...

Dans ce long paragraphe, nous voyons s'affronter deux mots "connaître et comprendre" qui expriment à la fois la différence sexuelle et culturelle.

Les mots d'une autre langue, même s'ils sont similaires, peuvent être utilisés dans d'autres contextes.

Dans "je t'aime", nous percevons cette différence où les comportements deviennent significatifs et où la compréhension change.

Dans l'attente d' "il faut se connaître à fond" nous percevons la peur du doute; peur qu'une connaissance réciproque ne puisse naître.

Cette confiance chez le migrant est un des premiers signes de sa différence d'appartenance et elle peut produire chez lui, si le message n'est pas clair, de la méfiance qui peut se transformer en stigmatisation.

Si les mots jouent avec la différence, la maladie elle est devenue un jeu de mots. En Afrique le sigle SIDA a pris la signification ironique de :

- A...*Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux.*

- C...*Syndrome imaginé pour décourager les amoureux, c'est comme ça qu'on a débaptisé le SIDA là-bas.*

Nous avons cherché à savoir ce que signifiait le terme amoureux :

- B...*Chez moi, il y a beaucoup des amoureux, tu vois, beaucoup des amoureux, en tout cas au Zaïre.*

- Q : Qu'est ce que c'est les amoureux ?

- ... *Si je prends des amoureux; (ce sont) des gens qui aiment les femmes et puis des femmes qui aiment des hommes, tout ça, qui font beaucoup de rapports sexuels, c'est ça des amoureux..., qui font l'amour quand il faut.*

En regardant l'ensemble des interventions sur les comportements sexuels, il nous apparaît comme évident que nous nous trouvons devant un phénomène d'acculturation tel, que sans une étude extrêmement approfondie des modèles de comportements d'origines, leurs déviations et leurs changements, il est difficile d'émettre des idées généralisables.

Nous sentons chez les personnes interviewées, bien que leurs discours soient très riches en images, apparaître une anxiété qui est à la fois liée à la compétence, à la différence culturelle et au provisoire rencontré dans le pays d'accueil et à leur propre vieillissement en dehors du contexte d'origine. Le tout mélangé à cette nouvelle donnée qu'est le SIDA, rend l'ensemble apparemment encore plus incertain quant au devenir social de leur migration qui en elle-même comporte déjà d'énormes difficultés que nous connaissons à peine.

- D...*Il y a des gens qui jusqu'à présent ne se sont pas rendu compte qu'il y a la maladie qui s'appelle le SIDA. Ils disent que c'est une maladie, disons comme on le dit au Zaïre...inventée pour encoura...décourager les amoureux, ils n'ont pas encore vu une personne qui dégringole à cause du SIDA.*

En résumé : les personnes ont répondu à notre étude de la manière suivante : 5 sur 12 parlent d'abstinence sexuelle dans le pays d'accueil, 3 sur 12 eux se considèrent comme des dragueurs et ont des rapports non protégés, soit pour 2 avec des filles jeunes, 1 avec des femmes mariées.

4 sur 12 sont des nouveaux arrivants et se trouvent encore dans les établissements des centres pour demandeurs d'asile, leurs attitudes vis à vis de la maladie, pour 2 semble être une bonne connaissance du phénomène SIDA et nous pouvons prévoir des comportements protégés (les deux sont étudiants en final de médecine), pour les 2 derniers nous n'avons pas de données précises concernant les comportements qu'ils adopteront dans leur vie sexuelle en Suisse.

12. CONNAISSANCE DU PHENOMENE SIDA

Par connaissance nous entendons les différents niveaux d'informations et d'influences que les personnes interviewées ont retenu du phénomène SIDA. (Certains textes ont été reportés en annexe). Nous retransmettons dans ce chapitre quelques passages qui concernent la compréhension des émissions, voire parfois leurs distorsions. Ce qui devrait aider aux producteurs de messages (Kreativ-Team) à mieux comprendre les ciblage nécessaires pour ces communautés.

12.1 Connaissance médiatique

- D...Pour le SIDA, ce n'est pas ici que j'ai commencé à écouter. Déjà au Zaïre...toutes les radios du monde entier elles parlent que de SIDA, chez nous il font même des chansons contre le SIDA.

Aux niveaux des modes d'influences, la plupart des intervenants font preuve d'une connaissance médiatique sur le SIDA non négligeable. En effet, chacun d'eux connaît les différents moyens de transmission. Plus de la moitié ont même vécu une relation de voisinage avec la maladie, pas dans leur famille propre, mais chez des gens de l'entourage (voir 12.).

Il en ressort principalement que la relation hétérosexuelle soit l'unique préoccupation des intervenants par rapport au phénomène SIDA.

Le vecteur de la seringue avec son utilisation "sauvage" dans les transfusions, sur l'ensemble de l'Afrique nous a aussi été mentionné (12.2).

La plupart d'entre eux connaissent aussi sa transmission venant et touchant des catégories sociales spécifiques, c'est à dire les hémophiles, les toxicomanes, les homosexuels.

Bien que ces catégories apparaissent comme faibles dans leur discours, elles restent assez constantes chez chacun sans grande disparité de l'une à l'autre.

La sexualité spécifique, c'est à dire catégorielle, ne semble pas être d'usage dans le langage, ils préfèrent parler plus dans le sens d'une sexualité périphérique qui est souvent désignée sous l'expression de **vagabondage sexuel**; celui-ci est mis en relation avec des personnes célibataires qui ont une liberté de mouvements et de pratiques sexuelles.

La transmission de ces connaissances est comme nous l'avons vu multiple, mais tendancieusement elle semble se transformer en informations orales venant des pairs

(voir schéma d'influences 8.), c'est à dire par le biais d'autres personnes de la même catégorie d'âge. Même les influences médiatiques finissent par devenir narratives et sont utilisées mélangées à un exemple pour exprimer le niveau individuel de connaissance (voir 14.1).

Caractéristique que nous considérons comme essentiellement culturelle (B.Tallon 84).

12.2 Différences et minorités

- C...Disons que l'homosexualité en Afrique..., vraiment ça existe, euh ! ...Je peux dire que ça n'existe pas. Ce sont les blancs, disons les européens qui ont amené l'homosexualité là-bas.

Il faut relativiser ces connaissances, car elles apparaissent plus comme des influences médiatiques que comme connaissance réelle; le déni et ses variantes, dans l'homosexualité en sont un bon exemple.

La plupart connaissent cette nomination mais apparemment, à part une sollicitation qui nous a été racontée (voir en Annexe), l'homosexualité semble une problématique inabordable, comme si le concept lui-même n'avait pas de prise dans la réalité.

Culturellement nous pouvons penser qu'aucun statut social n'exprime les relations sexuelles qu'un homme peut avoir avec un autre. Nous ne sommes pas arrivé à vérifier si dans le langage populaire, des insultes ou des obscénités existaient concernant ce genre de rapport, ce qui nous aurait permis de comprendre les différentes stigmatisations qu'elles induisent.

Au niveau de la **toxicomanie**, ce ne sont pas les héroïnomanes dont il est question, mais plus du vecteur de transmission de la maladie; la seringue, qui elle se mélange avec les connaissances de transmissibilité du virus en Afrique lors de transfusions. Elle a été un des premiers modèles de transmission du SIDA utilisé par les campagnes de prévention locale.

Si nos intervenants parlent de la toxicomanie, c'est d'une manière plus générale par exemple quelqu'un nous a entretenu sur les fumeurs de haschich qui ne sont pas recommandés comme "fréquentations".

Etrangement, tout ce qui concerne **la prostitution** et leur concernement personnel est resté assez flou ou très général. Ils savent tous que c'est dangereux d'aller avec les prostituées, mais aucun ne nous a narré, soit ses propres expériences, soit des histoires que l'on raconte là-bas.

Les seules remarques que nous avons eues étaient plus sur le modèle défensif comme *"je sais que ça existe, mais je n'y vais pas"* (voir en Annexe).

12.3 Prévention

A...Mais pour moi le système de capote ça ne m'intéresse pas, mais... il faut profiter de ça..., il faut pas faire beaucoup l'amour, parce que les capotes c'est un système; ce n'est pas vraiment... du tout bon.

D'une manière générale, toutes les personnes que nous avons interviewées, connaissent le préservatif et son utilisation comme moyen de prévention contre le SIDA.

Par contre, nous avons observé un refus catégorique (5), de son utilisation. Une attitude plus mitigée chez d'autres (3) qui pensent que c'est nécessaire, mais dont les indices d'utilisation en situation restent pauvres voire inexistants.(voir en Annexe)

- Q...Dans votre pays avez-vous eu des relations sexuelles, preniez-vous des précautions ?

- A...*Oui on prenait des précautions, mais auparavant on a entendu qu'il y a le SIDA, mais on ne s'occupait pas du tout de ça... parce qu'on a dit toujours que :*

"Non c'est une chose qui t'arrive", si tu es mort du SIDA, ça arrive, c'est un problème, c'est votre jour..., on a écrit pour toi "tu dois mourir du SIDA, c'est pourquoi d'autre fois on s'en fout..., on s'en foutait du SIDA. Mais après..., plus tard on a vu que :

"Non on ne peut pas faire ça" parce qu'on a vu des preuves, il y en a beaucoup qui sont morts du SIDA.

Après il y a eu d'autres qui font des précautions, mais d'autres fois on s'en fout, on n'utilise pas. Pour le moment, pour être prudent on commence à utiliser ça...

Dans ce texte, nous voyons toute l'ambivalence et la contrainte que la connaissance peut avoir sur l'individu, à la fois parce qu'"on le sait", puis parce qu'"on le vit". C'est comme si "ça ne suffisait pas", une ambivalence profonde joue avec le destin, avec comme résultante la mort qui pourrait mettre fin à l'angoisse du changement.

13. CAMPAGNE DE PREVENTION DE L'O.F.S.P.

- A...*On dit STOP, c'est à dire qu'on veut limiter... pour moi, je pense que c'est une sensibilisation.*

D'une manière générale, comme nous l'avons vu, le message de prévention du point de vue du savoir semble être plus important que dans la communauté turque.

Lorsque nous avons parlé des affiches Stop SIDA, toutes les personnes que nous avons interviewées les avaient vues. Ce que nous retiendrons c'est que la barrière de la langue (du pays d'accueil) est inexistante, puisque toutes les personnes interrogées viennent d'un pays où l'ancienne langue coloniale qui est devenue la langue du pouvoir est le français.

D'autre part la sensibilisation médiatique dans le pays d'origine est en oeuvre depuis plusieurs années, mais elle reste souvent de l'ordre journalistique ou orale, voire vocale (en annexe), ce qui donne aux influences sur la connaissance du phénomène SIDA, une expression quelque peu scandaleuse, parfois diffuse ou parasitaire. (voir notre schéma d'influences 8.)

Les campagnes de prévention officielles dans différents pays d'origine ne nous ont jamais été rendues dans leur intégrité, "elles existent mais on ne s'en souvient pas exactement".

13.1 Slogan

Des affiches Stop SIDA plus de la moitié, soit 8 personnes, ont vu le préservatif. D'autres ont remarqué le Stop (2), comme un arrêt nécessaire des rapports sexuels (voir plus haut (13)).

Pour 1 personne, le O de STOP a été décrit comme tel :

- D...*C'était rouge...*

- Q...*Qu'est-ce que ça veut dire pour toi le rouge ?*

- D...*Oh ! le rouge c'est danger toujours, c'est du sang! Même en roulant, le rouge toujours, il faut stopper.*

Dans ce paragraphe, nous retrouvons ce que nous avons noté dans une partie des réponses des turcs, à la place du préservatif, apparaît à la fois le feu rouge, et le sang ... soit l'accident.

Il nous paraît intéressant de souligner cette représentation transculturelle, avec l'utilisation à la fois du traditionnel "le sang" et le "feu rouge" comme image de la "modernité" entre guillemets, puisque qu'on appelle feu, ce qui n'est en fait qu'une lumière rouge dont le symbole signifie stop.

Concernant le sang comme vecteur, nous avons été frappés que personne n'en ait parlé si ce n'est les 2 médecins. Nous ne connaissons pas les résistances à cette acquisition et nous pensons qu'une investigation plus profonde devrait être faite dans le milieu africain, car nous soupçonnons d'importants paramètres culturels (items) qui pourraient faire barrage à cette connaissance.

Si un parallèle se fait avec l'accident, nous trouvons un point commun à tous, c'est cette forte prédominance à l'idée de destinée face à la maladie du SIDA. Nous ne sommes pas loin de la pensée magique décrite par Levy-Bruhl (1921).

Ce qui, à notre avis montre toute l'importance des études psycho-sociologiques et anthropologiques de milieu pour l'ensemble des travaux sur l'évaluation des campagnes de prévention contre le SIDA.

Si éloigné que nous pensions être de la magie, nous en sommes encore mal dégagé. Par exemple les idées de chance et de malchance, de quintessence, qui nous sont encore bien familières, sont bien proches de la magie elle-même. (Mauss 1902-03)

14. DEROULEMENT DES TRAVAUX

Nous pouvons dire que le travail de terrain n'a pas été sans difficultés. Tout d'abord, l'accès à ces personnes n'a pu se faire que très tardivement dans l'année 88, car il n'est pas évident de trouver des informateurs qui connaissent ce milieu. En général, et ceci nous avons pu le vérifier, les africains sont assez réticents à s'exprimer sur le thème de la sexualité.

Ils nous ont souvent parlé d'un sentiment d'accusation porté sur l'Afrique à cause du SIDA, ce qui augmentait évidemment leur méfiance vis-à-vis de nous, puisque nous leur proposons justement d'en parler.

Après l'enquête, à la retranscription, nous nous sommes trouvés devant la difficulté de devoir faire une synthèse de l'ensemble des interventions, ce qui nous paraissait détruire l'expression de la différence chez chacun.

C'est pourquoi nous avons opté d'utiliser les citations les plus pertinentes des intervenants dans leur propre langage afin d'en montrer la diversité de sens, au prix de devoir laisser parfois de côté une analyse plus conceptuelle.

Nous n'avons pas analysé spécifiquement les paramètres culturels à cause de la diversité des ethnies représentées.

La plupart des intervenants viennent de zones fortement urbanisées, ce qui nous a obligé d'observer plus attentivement les phénomènes d'acculturation comme une chose en soi. Ils sont très apparents au niveau langagier et nous avons décidé de ne pas les aborder systématiquement par une analyse ethno-linguistique en profondeur, mais seulement d'en faire ressortir ceux que nous avons considéré comme transculturels.

14.1 Lecture syntaxique de l'expression orale

Il nous paraît important de relever ici quelques points au sujet de l'expression orale de nos intervenants africains en langue française, qui viennent colorer la narration et qui sont des constatations syntaxiques faites au cours de nos retranscriptions.

Face à leurs expressions orales, différents éléments ont pu être mis en évidence :

- a) comme par exemple dans les phrases explicatives se glissent souvent des formes dialoguées de narration. Ces dialogues peuvent exprimer un sens socialement admis; **le sens commun**. C'est à dire un avis, exprimé au moyen de ceux-ci par le narrateur qui interrompt son récit.

- b) que cette intervention dans le dialogue peut être attribué à une autre personne fictive à laquelle il s'adresse, soit encore, elle peut être faite par un sujet qui participe à la discussion ou à un individu directement impliqué dans la discussion.
- c) que ces formes dialoguées permettent ainsi au narrateur de renforcer et de construire son analyse par différents points de vue, non pas au travers de termes précis, mais en faisant apparaître des personnes qui expriment des avis différents, lesquels s'interpénètrent l'un l'autre pour former une réflexion.

Il est difficile de faire une évaluation exacte des systèmes projectifs que ces dialogues nous proposent. Nous pouvons seulement constater qu'ils manifestent une part transférentielle importante. Apparemment, la distance entre le "je" du narrateur et ces différents témoins dans les dialogues pourrait, par une analyse approfondie, peut-être nous expliquer les origines des différents messages; par exemple en calculant la distance d'intimité que le narrateur a par rapport à ses interlocuteurs fictifs. Ce qui en finalité permettrait d'évaluer le degré d'acquisition individuelle des connaissances dont il parle.

Nous ne pensons pas, qu'au travers des différentes approches de cette étude, que nous ayons fait le tour de ce problème syntaxique. Par contre nous pouvons affirmer que nos interprétations en sont le résultat et qu'elles restent valides dans un rapport d'interculturalité qui a été le nôtre.

15. RECOMMANDATIONS

Après cette année de travail, nous pouvons dire que cette évaluation nous a permis de mieux nous approcher d'une question (pour laquelle, par ailleurs, nous travaillons depuis plusieurs années) c'est à dire : l'introduction d'un regard anthropologique sur les maladies au sein des études de médecine et d'épidémiologie.

Nous pouvons dire que ces deux études sont là comme indicateurs propices à la réflexion sur la problématique de la maladie du SIDA en relation à nos populations d'immigrés en Suisse.

Nous pouvons remercier l'O.F.S.P. et l'I.U.M.S.P. de Lausanne qui dans leur préoccupation épidémiologies ont trouvé un intérêt à faire ce travail d'évaluation.

Nous ne pouvons que leur conseiller de penser que la situation migrante devrait continuer à être une antenne particulière par rapport au développement de l'épidémie SIDA, ceci afin d'éviter d'accumuler trop de retard par rapport d'une part aux pays voisins qui doivent où devraient se préoccuper de leurs minorités, d'autre part parce que la Suisse est un des hauts lieux d'immigration et que les services de santé ont toujours accepté de faire bénéficier leurs résidents des mêmes droits de soins que ses autochtones.

Actuellement, un premier groupe auquel nous participons, s'est formé à l'O.F.S.P. sur la problématique SIDA et migration, (AusländerInnen/Aids) nous ne pouvons qu'encourager le travail qui pourrait se faire dans cette nouvelle commission.

Pour le sujet qui nous intéresse ici, nous incitons vivement L'OFSP à redimensionner sa campagne de prévention contre le SIDA par rapport aux populations d'immigrés :

- a) **en prenant en considération les différentes ethnies linguistiques résidentes en Suisse** (travail en cours dans la commission spéciale de l'O.F.S.P.);
- b) **en diversifiant les messages par rapport à chaque culture;**
- c) **en cherchant à utiliser des modèles médiatiques différenciés, qui puissent atteindre l'ensemble des personnes concernées** (radio-locales, dépliants, syndicats, centre d'accueil pour demandeurs d'asile, etc.)

15.1 Pluriculturalisme

La Suisse, par sa situation pluriculturelle, offre un avantage certain par rapport à d'autres pays européens; elle a l'habitude que ses messages officiels soient traduits en plusieurs langues.

Notre demande à l'OFSP, est qu'elle puisse, dans le cadre de sa campagne de prévention contre le SIDA, ajouter un facteur "d'inter-nationalité", au niveau du langage, puisque la prévention concerne l'ensemble des gens habitant sur son territoire.

Nous avons plusieurs nations représentées majoritairement en Suisse, et c'est à elles que nous pensons; leurs efforts à participer au développement de notre pays et des leurs, font que tout programme de santé que nous pouvons mettre sur pied est bénéfique à la fois à notre pays, et aux leurs.

15.2 Message et culture

Les messages que l'OFSP utilisent dans le cadre de sa divulgation des connaissances sur la maladie, sont un effort important pour la science, qui elle, doit pouvoir travailler sur le SIDA d'une manière objective d'une part, et d'autre part, offrir un état de fait, qui puisse être compris par un maximum de gens.

Or nous avons pu voir que les variabilités socio-culturelles sont d'une importance capitale pour la réception des messages. Après avoir offert une information de base à l'ensemble des populations résidentes en Suisse (15.1), il nous paraît judicieux, dans un deuxième temps, d'utiliser les variables culturelles, pour offrir un plus large échantillonnage de messages à un plus grand nombre d'individus.

15.3 Emetteurs

A part la campagne nationale, avec son logo STOP SIDA, et son programme de déroulement, il nous est apparu comme évident que la multiplication des "micro-émetteurs" est très importante quant à la diffusion du message.

Actuellement, beaucoup d'institutions, de cadres référentiels s'occupent de la diffusion. Malheureusement, il est difficile d'en connaître la teneur et l'impact.

Il serait donc important que l'OFSP, sans pour autant vouloir contrôler l'ensemble de l'information, intervienne régulièrement auprès des différentes instances qui s'occupent des groupes ciblés.

Par exemple en ce qui concerne les migrants, les lieux où cette information pourrait intervenir, seraient l'ensemble des institutions médicales, comme policliniques et autres, non seulement par une distribution de papillons avec notes explicatives, mais aussi en se donnant l'obligation de gérer l'information sur la maladie du SIDA et ses moyens de préventions, afin que les migrants distinguent la différence entre un examen de santé et ses résultats et le test VIH...

Nous avons eu, dans nos interviews, 1/3 des personnes qui pensaient que lors des résultats de leur examens médicaux obligatoires à leur arrivée en Suisse, la non-séropositivité était incluse dans leurs certificats de "bonne santé".

Nous pensons qu'une attention toute particulière devrait être donnée à l'intention des demandeurs d'asile, vu la concentration pluri-ethnique que l'on peut rencontrer dans les centres d'hébergement. Un bon nombre de ces personnes vient de régions du monde où la diffusion des informations est souvent faible, voire manquante, et pour éviter des phénomènes d'acculturation trop grands nous suggérons à l'OFSP de suivre le déroulement des informations qui pourraient les concerner.

Certainement, la liste n'est pas exhaustive, et nous pensons qu'un programme plus conséquent de recherches de l'OFSP, concernant les Migrants en Suisse, reste à inventer autant du point de vue de la prévention contre le SIDA, que d'un point de vue plus large qui est celui de leur santé en général, en prenant en considération les différents aspects culturels, comme nous avons tenté de le faire succinctement dans cette étude.

16. PERSPECTIVE

Nous pensons que l'étude sur la communauté turque devrait pouvoir se poursuivre, il nous paraît capital de pouvoir vérifier, dans le temps, l'impact des changements en relation aux modifications des informations dans le pays d'origine (voir schéma d'influences 8.).

Les données que nous avons eues jusqu'à ce jour restent trop faibles pour en tirer des conclusions autres que hâtives.

Nous savons d'autre part que la communauté turque est en pleine mutation quant à son statut de résidence en Suisse; jusqu'à ce jour notre gouvernement a accueilli les demandeurs d'asile (9673 en 1988), qui doivent pour la plupart retourner dans leur pays (5896 en 1988), et qui seront suivis par d'autres demandeurs si aucune modification politico-économique n'apparaît ses prochaines années.

Sur les 58 personnes que nous avons interviewées 30 sont depuis reparties dans leur pays.

La perspective future dont on parle en ce moment, c'est l'ouverture de la Suisse à une immigration turque de type A. (427 en 1988).

C'est en considérant toutes ces données qu'il nous semble que le suivi de cette étude, par des sondages, sur l'année 89 prendrait tout son sens. Elle nous permettrait de continuer à travailler sur notre schéma d'influences pour vérifier notre hypothèse des changements de connaissances et des comportements dans cette communauté.

Par la suite, ce modèle d'influences pourrait nous servir pour une meilleure compréhension des autres communautés migrantes.

D'autre part, dans notre contact informel avec le délégué de l'Office de la Santé Publique Turque, nous avons le souhait, des deux côtés, de pouvoir collaborer. Par exemple en faisant une recherche similaire sur le terrain en Turquie et en Suisse pour vérifier le niveau d'information et des différences de comportements dans les communautés turques.

Pour terminer nous pensons que le travail avec les africains résidant en Suisse, vu le nombre restreint des personnes contactées, ne peut être utilisé comme un indicateur très précis d'évaluation de la problématique du SIDA en Suisse par le fait de leur diversité culturelle.

D'autant plus que l'Afrique, elle-même est actuellement le continent le plus touché par cette pandémie. (D.Grmek 1989).

Ce que nous pouvons proposer, c'est qu'une attention toute particulière du côté de la prévention soit faite pour ces personnes. Actuellement le conseil que nous adressons, concerne les institutions qui accueillent les demandeurs d'asile africains, afin qu'elles puissent organiser une information spécialisée sur cette problématique.

Nous n'entrevoions pas la poursuite de cette étude pour le moment, à moins d'obtenir un mandat particulier à leur intention, vu la disparité ethnique et leur nombre restreint dispersé sur toute la Suisse (1229 demandeurs d'asile en suspens en 1988, dont 773 ont du quitter la Suisse en 1988).

Pour terminer, nous tenons à remercier, d'une part les personnes de l'IUMSP de Lausanne pour leur soutien qui nous a permis de réaliser cette étude, d'autre part toutes les personnes qui ont collaboré gracieusement à cette recherche; les individus des diverses communautés, les informateurs et tout particulièrement M. D. Baysal de la communauté turque dont la patience et le dévouement nous ont aidé à mener à bien ce travail.

17. BIBLIOGRAPHIE

- BARDIN L. L'Analyse de contenu, Le psychologue, P.U.F. Paris 1977.
- BOUHDIBA A. La sexualité en Islam, col. Quadrige, Puf, Paris 1975.
- DEVEREUX G. Essais d'ethnopsychiatrie générale, col. Tel, Gallimard, Paris 1973.
- FOSSE-POLIAK Cl. "La notion de prostitution. Une «définition préalable»" in DEVIANCE ET SOCIÉTÉ, sept. 1984 Vol VIII No 3.
- FOUCAULT M. La volonté de savoir in HISTOIRE DE LA SEXUALITÉ T. I, col. Bibliothèque des Histoires, Gallimard, Paris, 1976.
- FLEURY F. *A guisa di introduzione : del provvisorio e del permanente nella migrazione* in ANTROPOLOGIA MEDICA, No 4, 1988.
- FREUD S., l'Inquiétante étrangeté, (1919) in Oeuvres de S. Freud, NRF, Gallimard 1985
- FREUD S., Totem et Tabou, (1913) trad. S. Jankélévitch, édit. Payot, Paris 1970
- GMERK M.D. Histoire du SIDA, édit. Payot, Paris 1989.
- KLEINMAN A., *Concepts and model for comparison of medical systems as cultural systems*, in SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE B,12 1978.
- LEVY-BRUHL L. La mentalité primitive, PUF, Paris 1922.
- MAUSS M. *Esquisse d'une théorie de la magie (1902-1903)* in Sociologie et anthropologie, coll. Quadrige, PUF, Paris 1985.
- PARRIN P. MORGENTHAUER F. PARRIN-MATHEY G. Les blancs pensent trop, édit Payot, Paris 1966.
- PASINI W., CREPAULT C., L'Imaginaire en sexologie clinique, col. Nodules, PUF, Paris 1987.
- DE SAUSSURE F., Cours de linguistique générale, Payot, Paris 1972.
- SAVARY M., Le Koran, trad. de l'arabe, édit. Garnier 1948.
- TALLON B. *Le français de Moussa* in Capitales de la couleur, col. AUTREMENT, hors série No.9, octobre 84, pg. 148-157, Paris 1984.
- ZEMPLINI A. *La "maladie" et ses "causes"* in Causes, Origines et Agents de la Maladie chez les Peuples sans écriture, Revue l'ETHNOGRAPHIE, T.LXXXI, No 96/97 pg. 13 - 44, Paris 1985.

ANNEXE 1.

Modèle et grille de lecture du questionnaire pour l'étude : SIDA/Migration/Prévention

**Nos interviews sont organisés sur un modèle d'entretiens individuels ou en groupe, selon un système non directif.*

L'approche est de type qualitatif et elle est organisée au moyen d'une grille à thèmes, où les questions, conçues comme "points d'ancrage" peuvent être formulées de différentes manières et posées dans un ordre indifférencié.

** Nous avons choisi cette méthode de travail après plusieurs tentatives faites auprès de notre groupe pilote. L'informateur, qui a la charge de traduire nos questions, se trouve souvent dans l'impossibilité de traduire les réponses en simultané. Nous avons opté, donc, pour qu'il puisse intervenir lui-même afin que le climat de confiance ne soit pas tout le temps modifié.*

Thèmes :

* Les questions abordées sont divisées en trois grands thèmes synchroniques :

Sexualité/Maladies sexuellement transmissibles/Prévention

* Lesquels sont divisés en trois modes selon un axe de simultanéité :

1. en mode de réalité,
2. en mode de représentation,
3. en mode d'influence.

* Nous partons du principe que la parole cherche à rendre compte de la réalité sexuelle "existante ou absente" et que ces deux manières engendrent toute une série de probabilités que nous avons essayée d'évaluer.

1) Sexualité

Par sexualité nous entendons la connaissance du phénomène génital dans son cadre le plus large.

1. Réalité (toute action ayant pour cadre la génitalité)
2. Représentation (imaginaire et représentations des faits)
3. Influence (quels sont les systèmes de transmission réels et langagiers) :
 - a) familiers : dans le sens large de la famille
 - b) proches : compagnonnage, amis, personnes nommables
 - c) lointains : entendu-dire, média, impersonnel.

2) Maladies sexuellement transmissibles

Par maladies sexuellement transmissibles, nous avons cherché à évaluer le concept de la maladie, du mal, du malheur etc. par rapport à la génitalité, en tenant compte du modèle illness, disease, sickness de Kleinman.

1. Réalité (maladies vécues)
2. Représentation (représentation de la maladie, imaginaire et réel, et point de vue individuel, culturel et social)
3. Influence (quels sont les systèmes de transmission réels et langagiers) :
 - a) familiaux
 - b) proches
 - c) lointains.

3) Prévention.

Dans le thème de prévention, nous avons tenté de nous approcher du phénomène de l'interdit par rapport à la génitalité. Les moyens utilisés qui permettent de contrôler et de contourner l'interdit; le danger.

1. Réalité (utilisation de systèmes de protection, usages culturels et médico-sociaux)
2. Représentation (représentations socio-culturelles de l'interdit et de sa prévention)
3. Influence (quels sont les systèmes de transmission réels et langagiers) :
 - a) familiaux
 - b) proches
 - c) lointains.

Séquences

* Chaque thème est à son tour divisé en cinq séquences diachroniques, selon un axe de successivité.

- a) éducation reçue, donnée
- b) masturbation,
- c) rapports sexuels
- d) partenaires
- e) mariage(s).

* Les cinq séquences utilisées sont les guides qui permettent de construire nos questions, en les considérant du point de vue du temps; partant des premiers apprentissages (l'éducation reçue), pour aller vers une génitalité socialement contrôlée (le mariage).

* Nous avons utilisé la période de migration comme axe du temps, pour pouvoir passer d'un avant à un après, avec comme but : l'introduction du phénomène SIDA.

* Dans "l'après", nous utilisons le renversement des séquences. Elles devraient apporter des réponses qui vont des plus superficielles (les représentations idéales) vers de plus profondes (la réalité des difficultés rencontrées dans l'immigration), pour terminer avec la notion d'apprentissage (ou de l'éducation que les migrants donneront à leurs enfants).

Grille du questionnaire :

	SEXUALITE			M.S.T.			PREV.		
Pays d'origine	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
a) éduc. reçue									
b) masturbation									
c) rap. sexuels									
d) partenaires									
e) mariage									
Temps de migration /introduction phénomène Sida en M.S.T.									
Pays d'accueil	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
e) mariage									
d) partenaires									
c) rap. sexuels									
b) masturbation									
a) éduc. donné									

1. Réalité
2. Représentation
3. Influence

ANNEXE 2. TEXTES AFRICAINS

-Q...Y a-t-il une tradition en Afrique, celle d'aller chez les filles publiques?

-B...*Ah ! bon, c'est une bonne question ça; parce qu'il y a aussi des filles..., même en Europe..., en Suisse je vois aussi des filles euh... qui se mettent dans des rues, tu vois dans un coin, Elles sont là, et puis elles attendent les hommes.*

Elles sont aussi de cette manière là, bon... chez moi aussi ça existe, mais moi, jamais je ne..., jamais je peux..., je ne voulais jamais parcourir derrière ces femmes qui se mettaient derrière, dans des coins pour attendre les hommes, tout ça...

- Q...L'homosexualité n'existait pas en Afrique?

-...*Mais c'est dingue ! Personnellement, nos mamans..., Personnellement ma mère, si vous essayez de lui expliquer l'homosexualité, mais elle ne peut pas comprendre! Elle trouverait ça dingue ! ça ne peut pas exister.*

- Q...Toi, peux-tu la comprendre?

-...*Moi parce que je suis informé... je peux la comprendre, je n'ai jamais vu d'homosexuels à Kinshasa. Bon..., on le voit parce que nous fréquentons aussi l'hôtel *** Bon, on nous explique que certains viennent trouver des américains pour cela.*

- Q...Vous avez été sollicité par des homosexuels ici?

- F...*Oui une fois. j'étais en pleins examens. Je révisais mes cours de mathématique à la maison. Je travaillais tellement, je me suis dit, comme il est minuit, je vais aller me promener en ville tout seul.*

Je me suis fait draguer par un homosexuel qui me proposait d'aller chez lui. Je ne voulais pas lui répondre impoliment. Je voulais qu'on se sépare dans des bonnes conditions mais il commençait à insister, puis de me brusquer, en me disant :

- *"Venez chez moi"...*

Mais il commençait vraiment à (m'importuner). Il m'a donné son numéro de téléphone au cas où je serais en mesure d'aller lui rendre visite .

- *"Donnez-moi votre numéro de téléphone je vous contacterai un de ces jours". Puis, je n'ai pas pu le contacter. Enfin, je n'ai pas voulu.*

- B...*Lorsque j'étais encore chez moi, ça fait un bon moment qu'on m'avait dit par des gens qui étaient allés à l'hôpital visiter un ami, et au retour ils m'ont dit :*

- *"Oh, écoute, on a vu des gens qui ont du SIDA, des personnes...comme ça. Mais en tout cas elles seront morts...tout ça*

Q...Dans votre pays avez-vous eu des relations sexuelles, preniez-vous des précautions?

- A...*Oui on prenait des précautions, mais auparavant on a entendu qu'il y a le SIDA, mais on ne s'occupait pas du tout de ça... parce qu'on a dit toujours que :*

"Non c'est une chose qui t'arrive", si tu es mort du SIDA, ça arrive, c'est un problème, c'est votre jour..., on a écrit pour toi "tu dois mourir du SIDA, c'est pourquoi d'autre fois on s'en fout..., on s'en foutait du SIDA. Mais après..., plus tard on a vu que :

"Non on ne peut pas faire ça" parce qu'on a vu des preuves, il y en a beaucoup qui sont morts du SIDA.

Après il y a eu d'autres qui font des précautions, mais d'autre fois on s'en fout, on n'utilise pas. Pour le moment, pour être prudent on commençait à utiliser ça...

ANNEXE 3. PRESSE

Rapport de synthèse des résultats de l'étude Migration/SIDA/Prévention

JANVIER 88 - NOVEMBRE 88

DOSSIER TURC *par F. Fleury et B. Durasan*

DOSSIER AFRICAIN *par F. Fleury et M. Moretti*

Responsable de l'étude : François Fleury
C.P. 272
1000 LAUSANNE 17
Tél : (021) 23 13 60

nasıl korunulur?



1. F.
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI

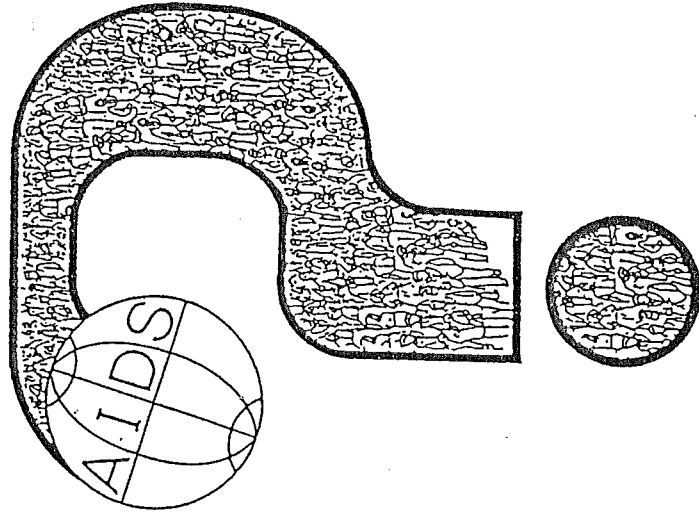
HASTALIĞIN TEDAVİSİ, TIBBİ İMKANLARLA MÜMKÜN OLMADIĞINDAN, GEREKLİ KORUYUCU ÖNLEMLERİN ALINMASI, AİDS'E KARŞI TEK VE EN ETKİLİ ÇAREDİR.

- * Hastalık en fazla cinsel ilişki ile bulaştığından, bu risk KONDOM (Prezervatif) kullanılarak azaltılabilir.
- * Uyuşturucu alışkanlığı olanların kesinlikle aynı enjektör ve iğneyi kullanmamaları gerekir.
- * Kan ve kan ürünlerinde, kullanmadan önce mutlaka AİDS virüsü aranmalıdır.

AİDS HASTALIĞINA EN ÇOK AŞAĞIDAKİ KİŞİLERDE VEYA BU KİŞİLERLE YAKIN İLİŞKİSİ OLANLARDA RASTLANMAKTADIR.

- * HOMOSEKSÜELLER VE BİSEKSÜELLER,
- * İLAÇ VE UYUŞTURUCU MADDE MÜTELALARI,
- * HAYAT KADINLARI,
- * DEVAMLİ KAN NAKLINE MUHTAÇ KAN HASTALARI,
- * AİDS MİKROBU BULAŞMIŞ KADINLARIN YENİ DOĞMUŞ ÇOCUKLARI.

AİDS



HASTALIĞINDAN KORKMAYINIZ NASIL BİR HASTALIK OLDUĞUNU ÖĞRENİNİZ

DAHA FAZLA BİLGİ ALMAK
İSTİYORSANIZ

SAĞLIK KURULUŞLARINA

BAŞVURUNUZ

hakında neler biliyorsunuz

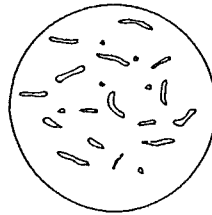
S.S.Y.B. Basımevi - 1987

AIDS nedir?

AIDS VİRÜSÜ NEDENİ İLE VÜCUDUMUZUN BAĞIŞIKLIK SİSTEMİNİN, MİKROPLARA KARŞI DAYANIKSIZLIĞI SONUCU ORTAYA ÇIKAN BULAŞICI VE ÖLDÜRÜCÜ BİR HASTALIKTIR.



HASTALIĞIN NEDENİ HTLV III ADI VERİLEN GÖZLE GÖRÜLMEMEYEN KADAR KÜÇÜK MİKROPLAR (VİRÜS) DİR.



BULAŞICI VE ÖLDÜRÜCÜ OLAN BU HASTALIK KADIN VE ERKEKTE AYNI SIKLIKTA GÖRÜLÜR. PEK ÇOK KİMSE BU MİKROBU TAŞIR. ANCAK, AIDS VİRÜSÜ BULAŞTIĞI HERKESİ HASTA ETMEKTEDİR, YANI AIDS VİRÜSÜNÜN TAŞIYICISI OLAN KİŞİNİN HASTA OLMASI ŞART DEĞİLDİR. HASTALIK MİKROBU VÜCUDA GİRDİKTEN SONRA, ORTALAMA 5 YIL İÇİNDE HASTALIĞA AIT BELİRTİLER ORTAYA ÇIKABİLİR.

nasıl bulaşır

HASTALIĞIN BULAŞMASI İÇİN, VİRÜSÜN SAĞLAM KİŞİNİN KANINA GİRMESİ GEREKİR.

HASTALIK NEDENİ AIDS MİKROBU VÜCUDUMUZA ŞU YOLLARLA GİRER ;

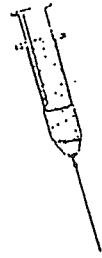
1- CİNSEL İLİŞKİ İLE,



2- AIDS MİKROBU İÇEREN KANIN DİĞER BİR İNSANA VERİLMESİ İLE,



3- UYUŞTURUCU ALIŞKANLIĞI OLANLARIN AYNI ENJEKTÖRÜ KULLANMASI İLE.



TÜKÜRÜK, ÖPÜCÜK, YEMEK KAPLARI, EL SIKIŞMASI, GİYİM EŞYALARI İLE AIDS HASTALIĞI BULAŞMAZ.

belirtileri

HASTALIĞIN KENDİNE HAS ÖZEL BELİRTİLERİ YOKTUR. BİR ÇOK HASTALIĞIN BULGULARI BU HASTALIKTA GÖRÜLEBİLİR.

* UZUN SÜREN ATEŞ

* UZUN SÜREN İSHAL

* KİLO KAYBI

* İŞTİHAHSIZLIK

* GECE TERLEMESİ

* LENF BEZLERİNİN BÜYÜMESİ

* KURU ÖKSÜRÜK

* NEFES DARLIĞI



YUKARIDAKİ BELİRTİLER DEN BİRDEN FAZLASINI, BİR KAÇ HAFTA MÜDDETLE KENDİNDE HİSSEDENLERİN PAZNIĞE KAPILMADAN BİR SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞ VURMALARINI ÖNERİRİZ.

VIRUS NEHİSİ İLAZİYAN YGUL HAYAT

kadını,
serbestçe
"çalışıyor"

AIDS gafleti

ARAŞTIRMA

• Hürriyet, iki yıl önce Cerrahpaşa Tıp Fakültesi tarafından yapılan AIDS taramasında "ELISA" testleri üst üste "pozitif" çıkan yedi hayat kadınının ikisinin genelevde, diğerlerinin ise "piyasa"da serbestçe çalıştığını belirledi.

Güldal KIZILDEMİR

AIDS tehlikesi göz önünde tutularak, i yıl önce Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde hayat kadınları erkek eşcinseller üzerinde yapılan araştırmada, ELISA

"İğrenç baskın" a soruşturma

Uğur DÜNDAR

Millî Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Müsteşarı emil Kıvanç, Elazığ'ın Karakoçan İlçesi Bolge Yatılı İlköğretim Okulu öğretmenlerinin Songül Abuhan'la Belen Koç'u, barmenlerini erce ve kızarak, zorla kızlık davası açan zindanların ilköğretim Müdürü Turan Gürsesi okulu eğitimcileri ile ilgili, çok alı bir soruşturmanın başlatıldığını açıkladı.

Müsteşar Kıvanç, Elazığ Milli Eğitim Gençlik ve Spor Müdürü Yılmaz Özdemir'in verdiği ön raporla harekete geçtiğini ve uzcı olayın üzeri büyük bir hassasiyetle gidildiğini belirterek, "Gereken çözümlere, en kısa zamanda ulaşılacaktır. Hiç kimsenin iddiası olmasın" dedi.

Bu arada, Elazığ Milli Eğitim Gençlik ve Spor Müdürü İsmaz Özdemir, Hürriyet'in "İğrenç Baskın" haberinde alan tüm iddiaların ayrıncı biçimde incelendiğini söyledi; yardımcısı Naim Toprak başkanlığındaki bakanlık müfettişleri Necip Aslan ve Nurdin Sağır'ın, Karakoçan'daki araştırmalarına varı ettiğini bildirdi.

Öte yandan, sanıklara olan kınılığıyla tanınan ve ilk ifa-lerde, "Bize, baskın emri- o verdi!" denilen Kayma- m Mehmet Dönmez'in, bir çuk ay önce başka bir ilçeye inmasına rağmen halen gö- nini sürdüremesinin, Karako- n'daki kamu yöneticileri uında değişik yorumlara ne- r olduğu öğrenildi.

testi pozitif çıkan bazı hayat kadınlarının, İstanbul'da çalışmaya devam ettikleri saptandı. İstanbul Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi yetkilileri, isimleri, Hürriyet Araştırma Servisi'nde saklı bulunan ve ELISA testleri üst üste pozitif çıkan yedi hayat kadının kayıtlarını inceleyerek, ikisinin genelevde, geri kalanını ise serbest çalıştığını söyledi. Hayat kadınlarının zaten sık sık kontrolden geçirildiklerini belirten hastane yetkilileri, "Verdiğiniz isimlerin, halen bizim defterlerimizde kaydı var. Biz, bütün hastalarla birlikte, onlara da zaman zaman ELISA testi uyguluyoruz. Ancak üniversite, bize, ELISA testlerini pozitif bulduğu hastaların isimlerini bildirmiş olsaydı, daha ileri tetkikler yapardık" dedi. Hastane yetkilileri, bu kişileri "takip edilmeleri" konusunda bir uyarı almadıkları için, onları "özellikle izlemelerini" bildirdi.

"HABERİMİZ OLSA, PEŞLERİNİ BIRAKMAZDIK..."

AIDS'li hastaların takibinden sorumlu olan İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri ise ELISA testi pozitif çıkan herkesi izlemeye alırlarını, ancak bu hayat kadınlarının durumu konusunda, kendilerine bilgi verilmediği için, herhangi bir işlem yapmadıklarını söyledi. AIDS konusuna çok önem verdiklerini belirten yetkili, "İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde AIDS'le uğraşan özel bir masa var. Söylediğiniz gibi ELISA testleri pozitif bulunan hayat kadınlarının mevcudiyeti bize bildirilseydi, kesinlikle peşlerini bırakmazdık. Bize ihbar yapılmazsa, biz nereden haber alıp da takip edebiliriz?" dedi.

Kendilerine yalnızca araştırmayı yapan üniversitelerden değil, bu kadınlarla ilgili olarak Zührevi Hastalıklar Hastanesi'nden de bilgi verilmemesini söyleyen İl Sağlık Müdürlüğü yetkilisi, bu konuda Hürriyet'te çıkacak bir haberi ihbar kabul etmediklerini ve söz konusu

kadınların takibe alınacağını söyledi.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde araştırmayı yapan doktorlar ise araştırma sonuçlarının, İstanbul Zührevi Hastalıklar Hastanesi'ne, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve ayrıca, Sağlık Bakanlığı'na bildirildiğini ileri sürdüler.

Söz konusu araştırma, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde, bir süre önce vefat eden Prof.Dr. Fikret Biyal başkanlığında yapılmıştı. AIDS'e yakalanma olasılığı yüksek olan hayat kadınları, erkek eşcinseller ve kan ürünleriyle ilişkileri olan hastalardan oluşan 2 bin kişi üzerinde yapılan araştırmada, deneklerin kanlarında, bilimsel adı "HIV virüsü" olan ve büyük çoğunlukla AIDS virüsü bulaşmış kişilerde bulunan HIV antikoru aranmıştı. Araştırma sonunda, 1250 hayat kadınının 12'sinde bu antikor bulunmuş, yani ELISA, pozitif çıkmış, bu kadınlardan 7'sinin kanında ELISA -testinin sonucu, tekrar tekrar yapılan incelemelerle doğrulanmıştı. Ne var ki, kesin teşhis konulması için gerekli olan ve "Western Blot" adı verilen son doğrulama testi, yapılmamıştı.

AIDS tanısı konusunda hayli yol almış bulunan Alman bilim adamları, ELISA testinde, başlangıçta hata oranının yüzde 3 civarında olduğunu, ancak bugün kesinlik oranının yüzde 99.8'e kadar çıktığını belirtiyorlar. Gene bilim adamları, uyuşturucu bağımlıları gibi riskli gruplarında iki kez üst üste yanlışlıkla pozitif sonuç verme ihtimalinin, yalnızca binde 67 olduğunu ifade ediyorlar. Kesin sonuç ise şu anda dünyanın her tarafında en geçerli yöntem olan "Western Blot" testile alınıyor.

Hürriyet Araştırma Servisi'nin gördüğü bilim adamları, ELISA testinin pozitif çıkmasının, mutlaka "AIDS" in kanıtı olmadığını, ancak bu araştırmada olduğu gibi, yüksek riskli gruplarında birden fazla müspet çıkmasının anlamlı ve "alarm" niteliğinde olduğunu, bu kişilerin mutlaka Western Blot testine tabi tutularak durumlarının

• AIDS belirtisi taşıyan kişilerin, "takip altında" tutulması gerekiyor. Ancak, İstanbul Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi ilgilileriyle İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri, kendilerine duyurulmadığı için, yedi kadını izlemeliklerini açıkladılar.

• "ELISA" testinin "pozitif" çıkması, o kişinin "AIDS virüsü taşıyıcısı" olabileceğini gösteriyor. Testlerin üst üste aynı sonucu vermesi, bu olasılığı güçlendiriyor. Kesin teşhis içinse, "Western Blot" testinin de yapılması gerekiyor. Fakat, yedi "tehlikeli" kadına, bu testin iki yıldır uygulanmadığı da ortaya çıktı.

• 17. sayfa

14 Mayıs 1989 Çarşamba

Kurucusu: Sedat Simavi 1895-1953

Hürriyet

ANIERES FOYERLERİ

HASTA BAKICILARININ BİLGİLENDİRMESİ

Ekim 1987

SIDA (AIDS) BİLGİLENDİRMESİ

SİZLERİ BU HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRMEYİZİN YAZIYIMIZ OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYORUZ. BU BİLGİLENDİRMEYİN GEREKLİ OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYORUZ. ÇÜNKÜ, İSVİÇRE, AVRUPA ÜLKELERİ ARASINDA EN ÇOK SIDA'YA RASTLANAN ÜLKEDİR. (GENÇLER ARASINDA, 20-30 YAŞ GRUBUNDA, 80 KİŞİDEN BİRİ SIDA'YA YAKALANMIŞ DURUMDADIR.). MALESEF BU HASTALIK İRKÇILARCA VE POLİTİK AMAÇLARINA UYGUN OLAN KİŞİLERCE SKANDAL YARATILMAK İÇİN KULLANILMIŞTIR. FAKAT, AYNI ZAMANDA BİLİNMEKTEDİR, BU HASTALIK MEVCUTTUR.

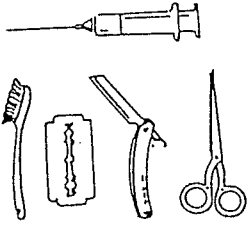
Bu AÇIKLAMADA SİZLERE SIDA'NIN NE OLDUĞUNU, ONDAN NASIL SAKINILACAĞINI ANLATACAĞIZ. BU SON NOKTA ÖNEMLİDİR. ÇÜNKÜ; BU GÜNE KADAR BU HASTALIĞA KARŞI BİR TEDAVİ NE DE AŞI BULUNAMAMIŞTIR.

SIDA NEDİR ?

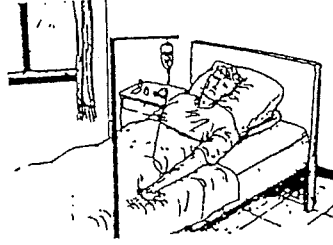
SIDA, CİNSİ İLİŞKİ VEYA KAN YOLUYLA GEÇEN ÖLÜMCÜL BİR HASTALIKTIR. HER İNSANDA MİKROPLARA KARŞI BİR SAVUNMA SİSTEMİ YAKDIR. SIDA VİRÜSÜ BU SİSTEME SALDIRIR VE BU SİSTEMİ TAHRİP EDER. HASTALIKLARA KARŞI SAVUNMA SİSTEMİ TAHRİP EDİLİNCE, HASTALIKLARDAN KORUNMA İMKANSIZ HALE GELİR. VİRÜSLER, BAKTERİLER, PARAZİTLER VE MANTARLAR Kİ; NORMAL DURUMDA VÜCUDUMUZ BUNLARA KARŞI KORUNMALIDIR, VÜCUDA YERLEŞEREK HASTALIK YAPAKLAR VE SIDA SAYESİNDE ÖLÜME YOL AÇARLAR.

AIDS

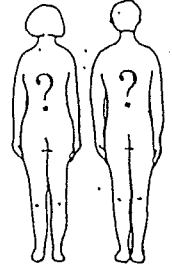
nasıl bulaşır?



DEZENFEKTE EDİLMEMİŞ
KESİCİ ve DELİCİ ALETLERİN
ORTAK KULLANILMASI İLE



AIDS MİKROBU İÇEREN KANIN
DİĞER BİR İNSANA VERİLMESİ İLE,



ÇOK SAYIDA
KİŞİYLE İLİŞKİSİ OLANLARLA
CİNSEL TEMAS İLE,

nasıl korunulur?



HASTALIĞIN TEDAVİSİ, TIBBİ İMKANLARLA MÜMKÜN
OLMADIĞINDAN, GEREKLİ KORUYUCU ÖNLEMLERİN
ALINMASI, AIDS'E KARŞI TEK VE EN ETKİLİ ÇAREDİR.

KAN ve KAN ÜRÜNLERİNDE, KULLANMADAN ÖNCE
MUTLAKA AIDS VİRÜSÜ ARANMALIDIR.

UYUŞTURUCU ALIŞKANLIĞI OLANLARIN KESİNLİKLE AYNI
ENJEKTÖR VE İĞNEYİ KULLANMAMALARI GEREKİR.

HASTALIK EN FAZLA CİNSEL İLİŞKİ İLE BULAŞTIĞINDAN,
BU RİSK KONDOM (PREZERVATİF) KULLANARAK
AZALTILABİLİR.

AIDS



**İstanbul Tıp Fakültesi
AIDS Merkezi**

**BULAŞMA YOLLARI ve
KORUNMA ÖNLEMLERİ**

BULAŞMASI ve KORUNMA



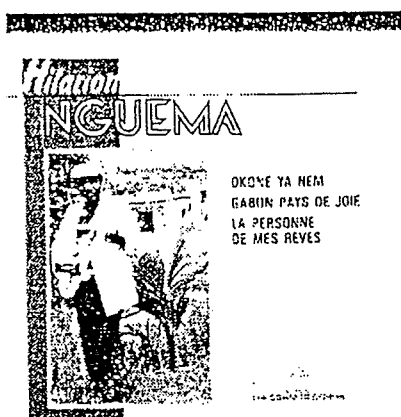
İstanbul Tıp Fakültesi
AIDS Merkezi

AIDS

AIDS



hakkında neler
biliyorsunuz?



Le classique du mois:
Hilarion Nguema
«SIDA»

«Le sida, c'est le mal du siècle, maladie d'amour, maladie du sexe...». Ce refrain là a fait le tour des pistes de danse et des radios du monde entier, faisant d'Hilarion Nguema, honnête vedette gabonaise, une star internationale. La chose, a ce que l'on dit, a été enregistrée au Gabon, mais on y retrouve le clavier de Jean-Claude Naimro et les cuivres de Kassav. Naimro qui, avec Desvarieux et Decimus, ses compères du groupe antillais, signent le tiers des arrangements des quelques deux ou trois cents disques afro-antillais qui sortent bon an mal an. Ils ont heureusement appris à s'effacer derrière le talent d'un artiste lorsqu'ils lui reconnaissent de la personnalité, se contentant de lui apporter leur savoir-faire et leur expérience du studio. Hormis «sida», savoureux collé-collé doté d'une superbe mélodie, l'album se résume à deux ballades et, comme c'est parfois le cas chez les artistes africains, à une ode savoureuse au Gabon.

Distribution: Safari Ambiance, Paris.

P.S.



No 58
Février 89

İYİ BİR ŞANS ESERİ, SIDA VIRÜSÜ DİĞER VIRÜSLER GİBİ ÇOK BULAŞICI DEĞİLDİR. MESELA: GRIP VIRÜSÜ GİBİ KOLAY GEÇMEZ. SIDA VIRÜSÜ YALNIZCA KANIMIZA GİREBİLMEŞSE HASTALIK YAPAR. YOKSA, VÜCUD DIŞINDA YAŞAYAMAZ, ÖLÜR.

Bu HASTALIK HEMEN KENDİNİ GÖSTERMEZ. SEVELEKCE HASTALANMADAN VIRÜS TAŞIYICISI OLARAK KALABİLİKİZ. HASTALIK VIRÜSÜNÜ TAŞIYIP HASTALANMADAN KALANLARA "SERO-POZİTİF" VEYA "HIV-POZİTİF" DENİR. YALNIZ KAN TAHLİLİ SONUÇU TAŞIYICI OLUP OLMADIĞIMIZ ORTAYA ÇIKAR. HER VIRÜS TAŞIYICI SONUNDA HASTA OLMAYA VE ÖLMEME MAHKUMDUR.

SIDA'YA YAKALANMA RİSKİMİZ NEDİR ? VE BUNDAN NASIL SAKINILIR ?

SIDA VIRÜSÜ KANDA, MENİ'DE (SPERMADE) VE SIDA'YA YAKALANMIŞ KADININ CİNSEL ORGANININ SALGISINDA BULUNUR.

1- CİNSEL TEMAS :

HASTALIĞIN EN ÇOK BULAŞMASI BU YOLLA OLUR. MENİ'DEN (SPERMADE) VEYA KADIN CİNSEL ORGANININ (VAGİNANIN) SALGISINDAN KORUNMADAN YAPILAN CİNSEL İLİŞKİLERDE; ERKEK CİNSEL ORGANI (PENİS), KADIN CİNSEL ORGANI (VAGİNA), AĞIZ VEYA ANÜS HASTALIĞI BULAŞTIRABİLEN ORGAN VE BÖLGELERDİR.

Bu HASTALIĞIN BULAŞMASINDAN KORUNMANIN TEK ÇARESİ PREZERVATİF (KAPUT, KİLİF) KULLANMAKTIR. PREZERVATİF ÇOK ETKİLİ BİR ÇAREDİR. PREZERVATİF ELASTİKİ, İNCE VE MENİ'Yİ İÇİNDE TUTABİLEN VE PENİS ÜZERİNE SIVANARAK GEÇEBİLEN BİR ZAKDIR. PENİS'TEN, VAGİNANIN SALGISINDAN, ANÜSTEN VE AĞIZDAN VIRÜSÜN GEÇMESİNİ ENGELLER. PREZERVATİFİN DOĞRU ŞEKİLDE KULLANILMASINA DİKKAT EDİLMELİDİR. (İLERDEKİ KULLANMA AŞIKLAMASINA BAKINIZ.)

EĞER, EK BİK ZİLGİ ALMAK İSTERSENİZ VEYA TAVSİYEYE İHTİYACINIZ VARSA, ŞU ADRESLERE BAŞVUKA BİLİKSİNİZ :

- FOYER HASTABAKICILARINA
- CENEYKE FOYEKLEKİNİN ASİSTAN VE İŞ YARDIMCILARINA .

PREZERVATİF, BAŞLANGIÇTAN İTİBAREN, SİSTEMATİK VE DOĞRU OLARAK KULLANILDIĞI TAKTİRDE KORUYUCUDUR.

7 ÖNEMLİ TAVSİYE

- 1- YALNIZ, AÇILMAMIŞ BİR AMBALAJDAN ÇIKARDIĞINIZ PREZERVATİFİ KULLANINIZ. AÇILMAMIŞ AMBALAJIN İÇİNDE BİR MİKTAR HAYA YAKDIR. AÇILMIŞTA BU HAYA OLMAZ.
- 2- AMBALAJI AÇTIĞINIZ YAKIT, İNCE BİR ZAR KALINLIĞINDA OLAN PREZERVATİFİ YIKTIPI TAHRİP ETMEMEĞE DİKKAT EDİNİZ. TIRNAK YÜZÜK, BİÇAK GİBİ ŞEYLERE DİKKAT EDİNİZ. AYKICA, AMACI DIŞI DA, YANI PENİS'E GEÇİRMEK DIŞINDA, BAŞKA AMAÇLAR İÇİN PREZERVATİFİ AÇMAYINIZ. (MESELA : AÇIP BALON GİBİ ŞİŞİRMİYİNİZ)
- 3- PREZERVATİFİ PENİSİN KAFASINA KOYUP ZORLAMADAN, PENİ ÜZERİNDE YUVARLIYARAK AÇIN. Kafa kısmında BİR MİKTAR BOLLA KALMASINA DİKKAT EDİNİZ. İKİ PARMAK ARASINDA YUVARLIYAK VE SIVAZLIYARAK PREZERVATİFİ TAKIN KI, ARADA HAYA KALMASIN. BAŞ KISMINDA SPERMLERİN BİRİKELEĞİ BİR TORBASİ OLAN TİPLERİ TERCIH EDİN.
- 4- KULLANIRKEN SON KATINA KADAR, PENİS ÜZERİNDE AÇINIZ.
- 5- EĞER GEREKLİYSE, KAYGANLAŞTIRICI OLARAK YALNIZ SUDA ÇÖZÜLEN KREMLERDEN KULLANIN. NORMAL KREMLERİN İÇİNDEKİ HAYVANI VE BİTKİSEL YAĞLAR, PREZERVATİFİN LASTİK YAPISINI BOZAR VE TAHRİP EDER KI, BU DA KORUYUCULUĞUNU KAYBETİRİR.
- 6- PENİSİ GERİ ÇEKERKEN PREZERVATİFİN SİYRİLİP İÇERDE KALMASINA, DOLASIYLA PENİSİN YAGINAYA ÇIPLAK TEMAS ETMEMESİ VE SPERMLERİN YAGINAYA AKMAMASINA DİKKAT ETMEİDİR.
- 7- HER PREZERVATİFİ YALNIZ BİR DEFA KULLANIN. KULLANILMIŞI ÇÖPE ATIN. ASLA TUVALETE ATMAYIN.

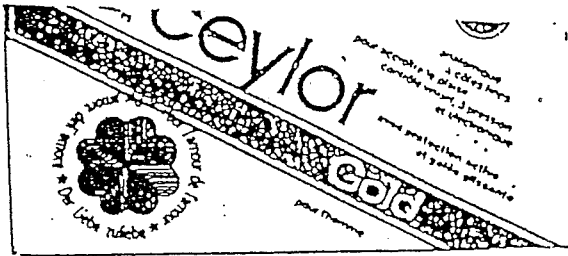
NEREDEN SATIN ALINIR .

ECZANELERDEN , BÜYÜK MAGAZALARDAN , TÛTÜNCÜLERDEN ,
BAZI BERBERLERDEN , BÜYÜK SATIŞ MERKEZLERİNDEN VE GİTTİKÇE
YAYGINLAŞAN TUVALETLERE KONAN OTAMATİK DAĞITICILARDAN ,
UMUMİ TUVALETTEKİ OTAMATİKLERDEN , DISKO VE BENZİN İSTASYON-
LARINDAN SATIN ALINABİLİR . YALNIZ İYİ KALİTELİLERİ SATIN
ALIN . HENÜZ KULLANMA GEREĞİ YOKKEN BİLE , HER İHTİMALE
KARŞI YANINIZDA BULUNDURUN . PREZERVATİF YALNIZ KULLANILDIĞI
ANDA YARAR SAĞLAR . HER ZAMAN YANINIZDA , CÜZDAN VE EL
ÇANTANIZDA OLMALIDIR .

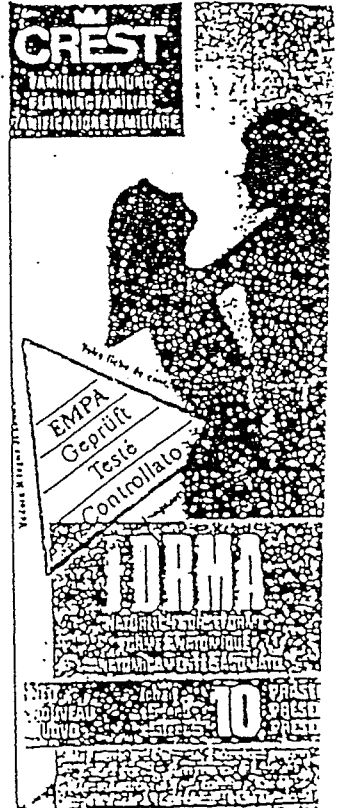
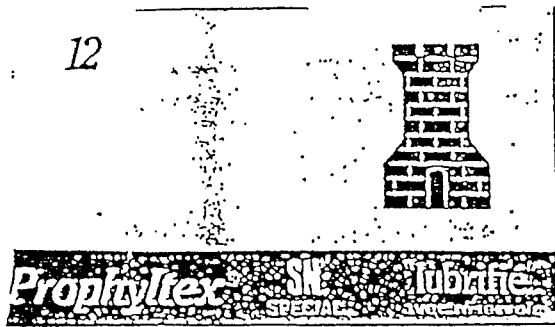
CENEVRE'DE AŞAĞIDAKİ YERLERDE PREZERVATİFLERİ BULA -
BİLİRSİNİZ . ÖRNEK OLARAK :

— MIGROS : GÜZELLİK MALZEMELERİ REYONUNDA
ERKEK İŞ ÇAMIŞIRLARI REYONUNDA

— COOP : GÜZELLİK MALZEMELERİ REYONUNDA

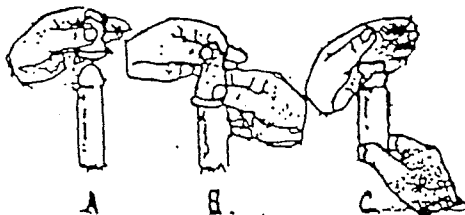


12



MIGROS'TA

PREZERVATİF DÜZGÜN OLARAK
NASIL TAKILIR .



Coop'ta

GENEVRE : SIDA (AIDS) BİLGİ v
KONTROLÜ . HOPİTAL
CANTONAL Tel : 4698
DEN (6416)

EVALUATION DES CAMPAGNES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN SUISSE.

L'ensemble de l'évaluation, sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique, comprend les publications suivantes sous forme de Cahiers de Recherches et de Documentation de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive :

- 7 Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. Octobre 1986. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
- 19 Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
- 23 Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 96 p.
- 23.1 Zeugin P. - Kampagne zur AIDS-Prävention : repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom-Benützung (Erst- und Zweitbefragung). November 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 60 p.
- 23.2 Gurtner F., Zimmermann H.-P., Kaufmann M., Somaini B. - Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten : eine Sentinella-Studie. November 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (non publié).
- 23.3 Di Grazia M. - Giovani e salute. Fattori di rischio e loro percezione soggettiva : reclutamento 1987. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (non publié).
- 23.4 Schröder I, Mathey M.-C. - Befragung von Berufsschülern, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich. November 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 62 p.
- 23.5 Masur J.-B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude du groupe : Dragueurs(euses). Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 105 p.
- 23.6 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les Homosexuels. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 25 p.

- 23.7 Wülser H., Duvanel B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les Toxicomanes. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 26 p.
- 23.9 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport sur la vente de préservatifs. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 7 p.
- 23.10 Schröder I., Mathey M.-C. - Die Präventionskampagne STOP AIDS des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS Hilfe Schweiz im Spiegel der Schweizer Presse : Analyse der Medienreporte. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 106 p.
- 23.11 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 52 p.
- 23.12 Zeugin P. - Kampagne zur Aids-Prävention : Befragung von informellen Meinungsbildnern. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 75 p.
- 27 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
- 28 Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 31 p.
- 39 Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Deuxième rapport de synthèse. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 103 p.
- 39a Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz. Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 106 p.
- 39.2 Zeugin P. Enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes (17-30 ans). Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (à paraître).
- 39.4 Resplendino J. La "zone". Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 83 p.
- 39.5 Fleury F. Les migrants. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 83 p.
- 39.6 Dubois-Arber F., Hausser D. Les personnels hospitaliers. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 32 p.
- 39.7 Mathey M.-C., Schröder I. Rekrutenschule und AIDS-Prävention. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 67 p.
- 39.8 Stricker M. Sex-Touristen. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.

- 39.9 Birchmeier B., Richard J.-E. Diffusion et répercussion de messages de prévention par les médias et Image du SIDA dans les médias. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 105 p.
- 39.10 Mathey M.-C., Schröder I. Kantonale Strategien der AIDS-Prävention und -Bekämpfung. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.13 Duvanel B., Wülser H. Les éducateurs et assistants sociaux. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 42 p.
- 39.14 Masur J.-B. Les médecins praticiens. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
- 39.15 Masur J.-B. Services de test VIH. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 31 p.
- 39.16 Hausser D. Programmes de formation d'intervenants dans le domaine du SIDA. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 26 p.
- 39.18 Schröder I. Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS. Schlussbericht 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 25 p.
- 39.20 Weber-Jobé M., de Vargas D., Lehmann Ph. Image des préservatifs. Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 40 p.
- 47 Masur J.-B., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Couples et séropositivité (VIH). I. Utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 48 p.